

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO – Estudio Electrofisiológico

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho como paciente de informarse sobre su condición y el procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico recomendado, para que tome la decisión de continuar o no, sabiendo bien los riesgos y peligros involucrados. Este documento no tiene el propósito de causarle miedo ni preocupación; es simplemente un esfuerzo para darle información importante a fin de que usted de o niegue su consentimiento para el procedimiento.

1. Yo solicito (Nosotros solicitamos) voluntariamente al Doctor (a los Doctores) _____ como mi médico (mis médicos) y sus asociados, asistentes técnicos, y otros proveedores de atención médica que sean necesarios, para tratar mi condición, la cual se me (nos) ha explicado como (en palabras sencillas) Posible latido irregular del corazón

2. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos, y/o diagnósticos están planeados para mí y yo consiento (nosotros consentimos) voluntariamente y autorizo (autorizamos) estos procedimientos: **Estudio Electrofisiológico-** colocación de catéteres especiales en las ingles para estudiar las actividades eléctricas y las propiedades del corazón. **Posible Ablación-** daño de los tejidos del corazón ya sea con energía térmica o congelamiento para detener los latidos anormales del corazón. **Posible Punción Transeptal** - cruce del lado derecho del corazón al lado izquierdo mediante el uso de una aguja y equipo especial. **Posible Acceso Epicárdico-** colocación de catéteres por fuera del corazón a través de la pared torácica

Favor de marcar la caja correcta: Derecho Izquierdo Ambos lados No aplicable

3. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que es posible que el médico encuentre otras condiciones que requieran procedimientos adicionales o diferentes de los planeados. Yo autorizo (Nosotros autorizamos) a mi médico, y sus socios, asistentes técnicos, y otros proveedores de atención médica hacer los procedimientos que son recomendables en su juicio profesional.

4. Yo doy (Nosotros damos) Yo no doy (Nosotros no damos) permiso para el uso de sangre y productos sanguíneos como sean necesarios. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que los peligros y riesgos siguientes pueden ocurrir en correlación con el uso de sangre y productos sanguíneos:
 - a. Infección grave incluyendo, pero no limitada a Hepatitis y VIH, que puede resultar en daño en los órganos y discapacidad permanente.
 - b. Daño relacionado con la transfusión de sangre a los pulmones, corazón, hígado, riñones y el sistema inmune.
 - c. Reacción alérgica grave, potencialmente fatal.

5. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto a una curación o algún resultado particular.

6. Tal como hay riesgos y peligros si yo continúo en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con el desempeño de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos que están planeados para mí. Yo reconozco (Nosotros reconocemos) que los procedimientos quirúrgicos, médicos, y diagnósticos traen la posibilidad de infección, coágulos en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas y aún la muerte. También reconozco (reconocemos) que este procedimiento en particular, trae los siguientes riesgos: Dolor, hemorragia (severa pérdida de sangre), infección, apoplejía, perforación esofágica, infarto del miocardio (ataque al corazón), taponamiento cardíaco, tromboembolismo venoso, flebitis, neumotórax, fibrilación ventricular refractaria, arritmias potencialmente fatales, daño a los vasos sanguíneos que pueda requerir cirugía inmediata, exposición a radiación

7. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que las ordenes sobre **No Resucitar, Permitir Muerte Natural**, y todas las restricciones de resucitación quedan suspendidas durante el período del procedimiento/cirugía y hasta que se cumpla la recuperación de la anestesia. Todas las medidas de resucitación necesarias serán determinadas por el anestesiólogo hasta que el paciente salga de la sala de recuperación después del procedimiento.

8. Yo autorizo (Nosotros autorizamos) a University Medical Center preservar por propósitos educativos, y/o para el uso como injerto o trasplante en personas vivas, o de otra manera desechar cualquier tejido, parte, u órgano que se me remueva con la excepción de: NINGUNA



Electrophysiology Study (cont.)

9. Yo doy (Nosotros damos) permiso de tomar fotos o videos y el uso de circuito cerrado de televisión durante el procedimiento.
10. Yo doy (Nosotros damos) permiso para que un representante corporativo esté presente durante el procedimiento en un papel de consultor.
11. Se me (nos) ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de anestesia y tratamiento, riesgos de no recibir tratamiento, los tratamientos que me han sido recomendados y los riesgos y peligros de estos, beneficios posibles, riesgos, efectos secundarios incluyendo posibles problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de alcanzar las metas del cuidado, tratamiento, y servicio. Yo creo (Nosotros creemos) que tengo (tenemos) información suficiente para dar este consentimiento informado.
12. Yo certifico (Nosotros certificamos) que se me (nos) explicó el uso de este informe y que lo he (hemos) leído o que me (nos) fue leído, que he (hemos) llenado los espacios, y que entiendo (entendemos) su contenido.

SI NO DOY (DAMOS) MI (NUESTRO) CONSENTIMIENTO A CUALQUIERA DE LAS PROVISIONES DE ESTE INFORME, ESA PROVISION HA SIDO CORREGIDA.

Yo he explicado el procedimiento/tratamiento, incluyendo los beneficios anticipados, riesgos mayores, y terapias alternativas al paciente o a los representantes autorizados del paciente.

Fecha	____ AM/PM Hora	Nombre impreso del proveedor/agente	Firma del proveedor/agente
-------	--------------------	-------------------------------------	----------------------------

Fecha	____ AM/PM Hora
-------	--------------------

Paciente u otra persona legalmente responsable/autorizada

Relación con el paciente, si es otra persona

Firma del testigo

Nombre impreso del testigo

- UMC 602 Indiana Avenue, Lubbock, TX 79415 TTUHSC 3601 4th Street, Lubbock, TX 79430
- UMC Health & Wellness Hospital 11011 Slide Road, Lubbock TX 79424
- Otra Dirección: _____

Interpretación/ODI (On-Demand Interpreting) Sí No

Fecha y Hora (si se usa)

Forma alternativa de comunicación usada Sí No

Nombre impreso del intérprete

Fecha/Hora

Fecha en que se hace el procedimiento: _____



Date _____

Resident and Nurse Consent/Orders Checklist
Instructions for form completion

Note: Enter “not applicable” or “none” in spaces as appropriate. Consent may not contain blanks.

Section 1: Enter name of physician(s) responsible for procedure and patient’s condition in lay terminology. Specific location of procedure must be indicated (e.g. right hand, left inguinal hernia) & **may not be abbreviated.**

Section 2: Enter name of procedure(s) to be done. Use lay terminology.

Section 3: The scope and complexity of conditions discovered in the operating room requiring additional surgical procedures should be specific to diagnosis.

Section 5: Enter risks as discussed with patient.

B. Risks for procedures on List A must be included. Other risks may be added by the Physician.

C. Procedures on List B or not addressed by the Texas Medical Disclosure panel do not require that specific risks be discussed with the patient. For these procedures, risks may be enumerated or the phrase: “As discussed with patient” entered.

Section 8: Enter any exceptions to disposal of tissue or state “none”.

Section 9: An additional permit with patient’s consent for release is required when a patient may be identified in photographs or on video.

Provider Attestation: Enter date, time, printed name and signature of provider/agent.

Patient Signature: Enter date and time patient or responsible person signed consent.

Witness signature: Enter signature, printed name and address of competent adult who witnessed the patient or authorized person’s Signature.

Performed Date: Enter date procedure is being performed. In the event the procedure is NOT performed on the date indicated, staff must cross out, correct the date and initial.

If the patient does **not** consent to a specific provision of the consent, the consent should be rewritten to reflect the procedure that the patient (authorized person) is consenting to have performed.

For additional information on informed consent policies, refer to policy SPP PC-17.

Consent

<input type="checkbox"/> Name of the procedure (lay term)	<input type="checkbox"/> Right or left indicated when applicable
<input type="checkbox"/> No blanks left on consent	<input type="checkbox"/> No medical abbreviations

Orders

<input type="checkbox"/> Procedure Date	<input type="checkbox"/> Procedure
<input type="checkbox"/> Diagnosis	<input type="checkbox"/> Signed by Physician & Name stamped

Nurse _____ Resident _____ Department _____