

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

AL PACIENTE: Usted tiene derecho como paciente a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta información no pretende asustarlo(a) o alarmarlo(a); Es simplemente un esfuerzo para informarlo(a) mejor para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.

1. Yo (nosotros) solicitamos voluntariamente Doctor(es) _____ como mi(s) médico(s), y los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios, para tratar mi **condición** que me han/nos han explicado cómo (**términos simples**): Falla de Riñón

2. Yo (nosotros) entendemos que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico **están** planeados para mí y yo (nosotros) voluntariamente consiento/consentimos y autorizamos estos **procedimientos (términos simples)**: Hemodiálisis (diálisis) -técnica para reemplazar las funciones del riñón y limpiar la sangre de toxinas)

Marque la casilla correspondiente: Derecha Izquierda Ambidiestro No Aplica

3. Yo (nosotros) entendemos que mi médico puede descubrir otras condiciones diferentes que requieren procedimientos adicionales o diferentes a los planeados. Yo (nosotros) **autorizo/autorizamos** a mi médico, y a dichos asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos que sean aconsejables a su juicio profesional.

4. Yo (nosotros) **no** damos consiento para el uso de sangre y productos sanguíneos según se considere necesario. Yo (nosotros) entendemos que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en relación con el uso de sangre y productos sanguíneos:

- Infeción grave, incluidas, entre otras, la hepatitis y el VIH, que pueden provocar daños en los órganos y deterioro permanente.
- Lesión relacionada con la transfusión que resulta en deterioro de los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunológico.
- Reacción alérgica grave, potencialmente mortal.

5. Yo (nosotros) entendemos que no se me han garantizado ni me han dado ninguna garantía y en cuanto al resultado o la cura.

6. Así como puede haber riesgos y peligros al continuar mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico planeados para mí. Me doy cuenta de que común a los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico existe el potencial de infección, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte. También me doy cuenta de que los siguientes peligros pueden ocurrir en relación con este procedimiento en particular: Dolor, infección, hipotensión/presión arterial baja, hipertensión/presión arterial alta, embolia de aire (burbuja de aire en los vasos sanguíneos) que resulta en posible muerte o parálisis, arritmias cardíacas (ritmos cardíacos irregulares), infección del torrente sanguíneo, sitio de acceso o transmitido por sangre (por ejemplo, hepatitis B, C o VIH), hemorragia (sangrado severo como resultado de problemas de coagulación o debido a la desconexión de la línea de sangre), náuseas, vómitos, calambres, dolores de cabeza y confusión leve durante y/o temporalmente después de la diálisis, reacciones alérgicas, desequilibrios químicos y trastornos metabólicos (cambio involuntario en los minerales sanguíneos), reacciones pirogénicas (fiebre), hemólisis (ruptura de glóbulos rojos), daño del injerto/fístula incluyendo sangrado, formación de aneurismas (abombamiento del vaso), coagulación (cierre) del injerto/fístula

7. Yo (nosotros) entendemos que No Resucitar (NR o DNR en Ingles), Permitir Muerte Natural (PMN o AND en Ingles) y todas las restricciones de reanimación se suspenden durante el período perioperatorio y hasta que se complete el período de recuperación posterior a la anestesia. Todas las medidas de reanimación serán determinadas por el anesthesiólogo hasta que el paciente sea dado de alta oficialmente de la etapa de atención posterior a la anestesia.



Hemodiálisis (cont.)

8. Yo (nosotros) autorizo/autorizamos al Centro Médico Universitario a preservar con fines educativos y/o de investigación, o para su uso en injertos en personas vivas, o a disponer de cualquier tejido, partes u órganos extraídos, excepto: NINGUNO.

9. Yo (nosotros) consiento la toma de fotografías fijas, fotos en movimiento, videos o circuito cerrado de televisión durante este procedimiento.

10. Yo (nosotros) doy/damos permiso para que un representante médico corporativo esté presente durante mi procedimiento de forma consultiva.

11. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de anestesia y tratamiento, riesgos de no tomar el tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados, beneficios potenciales, riesgos o efectos secundarios, incluidos los posibles problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de lograr los objetivos de atención, tratamiento y servicio. Yo (nosotros) creo/creemos que tengo suficiente información para dar este consentimiento de información.

12. Certifico que este formulario me ha sido explicado completamente y que lo he leído o me lo han leído, que los espacios en blanco se han llenado y que entiendo su contenido.

SI YO (NOSOTROS) **NO** HEMOS ACEPTO NINGUNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES, ESA O ESAS DISPOSICIÓN HA SIDO CORREGIDA(S).

He explicado el procedimiento/tratamiento, incluyendo los beneficios anticipados, los riesgos significativos y las terapias alternativas al paciente o al representante autorizado del paciente.

_____ A.M. (P.M.)
 Fecha Hora Nombre impreso del proveedor/agente Firma del proveedor/agente

_____ A.M. (P.M.)
 Fecha Hora

*Firma del paciente/otra persona legalmente responsable Relación (si no es paciente)

*Firma del testigo Nombre Impreso

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

Address (Street or P.O. Box) City, State, Zip Code

Interpretación/ODI (On Demand Interpreting) Sí No _____
 Fecha/Hora (si se utiliza)

Formas alternativas de comunicación utilizadas Sí No _____
 Nombre impreso del intérprete Fecha/Hora

Fecha de realización del procedimiento: _____





Patient Label Here

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 anesthesia/analgesia.
- Section 5: Check planned anesthesia/analgesia method(s) and have the patient/other legally responsible person initial. Enter additional risks/comments as discussed with patient.
 - A. Risks for procedures on List A must be included. Other risks may be added by the Physician.
 - B. 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.
- Date/Time: Enter date and time patient signed consent.
- Witness: Enter signature, printed name and address of competent adult who witnessed the patient or authorized person’s signature.

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 provider	<input type="checkbox"/> Check planned anesthesia method
<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 _____

THIS FORM IS NOT PART OF THE MEDICAL RECORD