

DECLARACION Y CONSENTIMIENTO - 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 para que pueda tomar la decisión de someterse o no al procedimiento después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta declaración no tiene la intención de asustarlo o alarmarlo; el propósito es simplemente para que esté mejor informado para que pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.

AVISO: La denegación a dar su consentimiento para una histerectomía no resultará en el retiro o retención de ningún beneficio proporcionado por programas o proyectos que reciban fondos federales ni afectará su derecho a atención o tratamiento futuros.

1. Yo (nosotros) solicito voluntariamente a los doctores _____ a mis médicos y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesarios, que traten mi **condición** que se me ha (se nos ha) explicado con (**términos simples**): Necesidad de extirpación (remover) del útero

2. Yo (nosotros) entiendo/entendemos que los siguientes **procedimientos** quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico están planeados para mí y yo (nosotros) voluntariamente consiento/consentimos y autorizo/autorizamos estos **procedimientos (términos simples)**: Incisión en el **ABDOMEN** para la extirpación/remover el útero O extirpación/remover el útero a través de la **VAGINA**

3. Yo (nosotros) entiendo/entendemos que una histerectomía es una extirpación del útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen (histerectomía abdominal) o la vagina (histerectomía vaginal). Entiendo que la histerectomía es permanente y no reversible. Entiendo que no podré quedar embarazada ni tener hijos biológicamente.

Marque la casilla correspondiente: Derecha Izquierda Bilateral No Aplicable

4. Yo (nosotros) entiendo/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.

5. Por favor, inicial **Sí** **No**

Doy mi consentimiento para el uso de sangre y productos sanguíneos según se considere necesario. Entiendo que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en relación con el uso de sangre y productos sanguíneos:

- a. Infección grave que incluye, entre otros, hepatitis y VIH que puede provocar daños en los órganos y deterioro permanente.
- b. Lesión relacionada con la transfusión que resulta en deterioro de los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunológico.
- c. Reacción alérgica grave, potencialmente mortal.

6. Yo (nosotros) entiendo/entendemos que no se me ha dado ninguna garantía o promesa en cuanto al resultado o la cura.

7. 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 planificados para mí. Me doy cuenta de que común a los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o de diagnóstico hay riesgo de infección, dolor, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Yo (nosotros) entiendo/entendemos que una histerectomía es una extirpación del útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen o la vagina. Yo (nosotros) también entiendo/entendemos que puede ser necesaria una cirugía adicional para extirpar o reparar otros órganos, incluyendo un ovario, un tubo, un apéndice, una vejiga, un recto o la vagina. Yo (nosotros) también me doy/nos damos cuenta de que los siguientes peligros pueden ocurrir en relación con este procedimiento en particular:

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL O VAGINAL

- 1. Fuga incontrolable de orina
- 2. Lesión en la vejiga
- 3. Lesión en el tubo (uréter) entre el riñón y la vejiga
- 4. Lesión en el intestino y/u obstrucción intestinal
- 5. Necesidad de convertir a incisión abdominal

Para la **HISTERECTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA** los riesgos adicionales incluyen:

- 1. Daño a las estructuras y órganos intraabdominales (por ejemplo, intestino, vejiga, vasos sanguíneos o nervios) y posible necesidad de cirugía adicional
- 2. Complicaciones del sitio de Trocar (después de una incisión) (por ejemplo, hematoma/sangrado fuga de líquido o formación de hernia)
- 3. Émbolo de aire (burbuja que causa insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular)
- 4. Cambiar durante el procedimiento a un procedimiento abierto
- 5. Si el cáncer está presente, puede aumentar el riesgo de propagación del cáncer.





UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Lubbock, Texas

Patient Label Here

Histerectomía abdominal o vaginal (cont.)

8. Entiendo que No resucitar (DNR), Permitir la muerte natural (PMN O AND) 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.

9. Yo (nosotros) autorizo/autorizamos a University Medical Center a preservar con fines educativos y/o de investigación, o para su uso en injertos en personas vivas, o a deshacerse de cualquier tejido, partes u órganos extraídos excepto: NINGUNO.

10. Yo (nosotros) doy/damos mi consentimiento para la toma de fotografías, películas, cintas de video o circuito cerrado de televisión durante este procedimiento.

11. Yo (nosotros) doy/damos permiso para que un representante médico corporativo esté presente durante mi procedimiento con propósitos de consulta.

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

13. Yo (nosotros) certifico/certificamos que este formulario se me ha sido explicado completamente y que yo (nosotros) lo he/hemos leído o me lo/nos lo han leído, que los espacios en blanco se han llenado y que yo (nosotros) entiendo/entendemos su contenido.

SI YO (NOSOTROS) NO DOY/DAMOS CONSENTIMIENTO A CUALQUIERA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES, ESA CONDICION HA SIDO CORREGIDA.

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

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

_____ A.M. (P.M.)
Fecha y hora

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

*Firma de 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 (Interpretación Bajo Demanda) Sí No
Fecha/Hora (si se utiliza)

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

Fecha en que se está realizando el procedimiento: _____



CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN DE LA REGIÓN PÉLVICA

Para exámenes pélvicos bajo anestesia con fines de entrenamiento de los estudiantes medicos.

Un "examen pélvico" significa un examen físico realizado por un profesional de la salud de los órganos reproductivos externos e internos, los genitales o el recto de un paciente.

Durante su procedimiento, su profesional de la salud, o un residente designado por su profesional de la salud, puede realizar u observar un examen pélvico en usted mientras está anestesiado o inconsciente. Esto es una parte del procedimiento al que usted ha dado su consentimiento.

Con su consentimiento por escrito, su profesional de la salud puede realizar, o permitir que un estudiante de medicina o residente realice u observe, un examen pélvico en usted mientras está anestesiado o inconsciente, no como parte de su procedimiento, sino con fines educativos.

El examen pélvico es una herramienta crítica para ayudar en el diagnóstico de las condiciones de salud de la mujer. Es una habilidad importante necesaria para que los estudiantes la dominen.

Su seguridad y dignidad son de suma importancia. Todos los estudiantes y residentes están bajo supervisión directa durante los exámenes pélvicos.

Usted puede dar su consentimiento o negarse a dar su consentimiento para un examen pélvico educativo. Por favor, marque la casilla para indicar su preferencia:

Doy mi consentimiento Yo NO doy consentimiento para que un estudiante de medicina o residente para que **esté presente** en un examen pélvico con fines de entrenamiento.

Doy mi consentimiento Yo NO doy consentimiento para que un estudiante de medicina o residente esté presente para **observar o estar presente** en el examen pélvico con fines de capacitación, ya sea en persona o a través de medios electrónicos seguros y confidenciales.

_____ A.M. (P.M.)
Fecha y hora

*Firma del paciente/otra persona legalmente responsable

Relación (si no es paciente)



Fecha _____

Lista de verificación de consentimiento/órdenes de residentes y enfermeras

Instrucciones para completar el formulario

Nota: Introduzca "no aplicable" o "ninguno" en los espacios según corresponda. El consentimiento no puede contener espacios en blanco.

- Sección 1: Ingrese el nombre del médico (s) responsable (s) del procedimiento y la condición del paciente en terminología simple. Se debe indicar la ubicación específica del procedimiento (por ejemplo, mano derecha, hernia inguinal izquierda) y **no se puede abreviar**.
- Sección 2: Introduzca el nombre de los procedimientos que se van a realizar. Utilice terminología simple.
- Sección 3: El alcance y la complejidad de las afecciones descubiertas en el quirófano que requieren procedimientos quirúrgicos adicionales deben ser específicos para el diagnóstico.
- Sección 6: Ingrese los riesgos como se discutió con el paciente.
- A. Deben incluirse los riesgos para los procedimientos de la Lista A. Otros riesgos pueden ser agregados por el médico.
- B. Los procedimientos en la Lista B o no abordados por el panel de Divulgación Médica de Texas no requieren que los riesgos específicos se discutan con el paciente. Para estos procedimientos, se pueden enumerar los riesgos o ingresar la frase: "Según lo discutido con el paciente".
- Sección 9: Ingrese cualquier excepción a la eliminación de tejidos o indique "ninguna".
- Sección 10: Se requiere un permiso adicional con el consentimiento del paciente para su divulgar cuando un paciente puede ser identificado en fotografías o en video.
- Proveedor Certificado: Ingrese la fecha, la hora, el nombre impreso y la firma del proveedor/agente.
- Paciente Firma: Ingrese la fecha y hora en que el paciente o la persona responsable firmaron el consentimiento.
- Firma del Testigo: Ingrese la firma, el nombre impreso y la dirección del adulto competente que presenció la firma del paciente o de la persona autorizada
- Realizado Fecha: Ingrese la fecha en que se realizara el procedimiento. En el caso de que el procedimiento NO se realice en la fecha indicada, el personal debe tachar, corregir la fecha e ingresar las iniciales.

Si el paciente **no** da su consentimiento a alguna de las condiciones especificadas en el consentimiento, el consentimiento debe reescribirse para reflejar el procedimiento que el paciente (persona autorizada) está autorizando para que sea realizada.

Para obtener información adicional sobre las políticas de consentimiento informado, consulte la política SPP PC-17.

Consentimiento

<input type="checkbox"/> Nombre del procedimiento (término simple) <input type="checkbox"/> Derecha o izquierda indicado cuando corresponda
<input type="checkbox"/> No quedan espacios en blanco en el consentimiento <input type="checkbox"/> No hay abreviaturas médicas

Órdenes

<input type="checkbox"/> Fecha Procedimiento	<input type="checkbox"/> Procedimiento
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Firmado por el médico y nombre escrito legible

Enfermera _____ Residente _____ Departamento _____