UMC HEALTH SYSTEM
UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Lubbock, Texas

Patient Label Here

DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de informarse sobre su condición y el procedimiento médico, quirúrgico, o diagnóstico recomendado, para que haga la decisión de continuar o no, sabiendo bien los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene el propósito de darle miedo ni preocupación; es simplemente un esfuerzo por darle más información para que dé o retenga su consentimiento para el procedimiento.

1. Yo solicito voluntariamente al Doctor_____como mi médico y sus socios, asistentes técnicos, y otros proveedores de atención médica que sean necesarios para tratar mi condición, la cual se me ha explicado como (use sus propias palabras)
   _____
   _____

2. Yo entiendo que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos, y/o diagnósticos están planeados para mi y yo consiento voluntariamente y autorizo estos procedimientos (use sus propias palabras) _____
   _____
   _____

   Favor de marcar la caja correcta: ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos lados ☐ No me aplica

3. Yo entiendo que es posible que el médico encuentre otras condiciones que requieran procedimientos adicionales o diferentes de los planeados. Yo autorizo 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 consiento/Yo no consiento al uso de sangre o los productos de la sangre como sean necesarios. Yo entiendo que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en conección con el uso de sangre o los productos de sangre:
   a. Infección grave incluyendo, pero no limitada, a la hepatitis y el VIH (SIDA) que pueden dañar los órganos y causar una deficiencia permanente.
   b. Problemas relacionados con la transfusión incluyendo daño a los pulmones, corazón, hígado, riñones, y el sistema inmune.
   c. Reacciones alérgicas graves que pueden ser fatales.

5. Yo entiendo que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto a una curación o resultado particular.

6. Tal como hay riesgos y peligros si yo continuo en mi condición actual sin tratamiento, tambien hay riesgos y peligros relacionados con el desempeño de los procedimientos quirúrgicos, médicos, y/o diagnósticos que están planeados para mi. Yo reconozco que los procedimientos quirurgicos, médicos, y diagnósticos traen la posibilidad de infección, coágulos de las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún la muerte. También reconozco que este procedimiento en particular, trae los riesgos siguientes: dolor, sangrado grave, infección, fracaso del procedimiento, necesidad de otros procedimientos _____
   _____

7. Yo entiendo que No Resusitar (NR) , Permitir Muerte Natural (PMN), y otras directivas en cuanto a la resusitación, se suspenden durante la preparación para el procedimiento, el procedimiento mismo, y hasta se cumple la recuperación de la anestesia. Las medidas necesarias para la resusitación serán determinadas por el anestésico hasta que el paciente salga de la sala de recuperación después del procedimiento.

8. Yo autorizo a University Medical Center preservar por propositos educativos, o por el injerto o transplante en personas vivientes, o desecharse de cualquier tejido, parte, u órgano que se me remueve con la excepción de: NINGUNA _____

UMC HEALTH SYSTEM
UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Lubbock, Texas

Patient Label Here

9. Yo consiento a tomar fotos o videos, y el uso de circuito cerrado de televisión durante el procedimiento.

10. Yo doy permiso a que un representante corporativo esté presente durante el procedimiento en un papel de consultante.

11. Se me 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 ellos, beneficios posibles, riesgos, efectos secundarios incluyendo problemas posibles relacionados con la probabilidad de alcanzar las metas del cuidado, tratamiento, y servicio. Yo creo que tengo información suficiente para dar este consentimiento informado.

12. Yo certifico que se me explicó el contenido de este informe y que lo he leido o que me fue leido, que he llenado los espacios, y que entiendo su contenido.

SI NO DOY MI 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.

_____ _____AM/PM _____ _____
Fecha Hora Nombre en letra de molde del proveedor/agente Firma del proveedor/agente

---

_____ _____ AM/PM
Fecha Hora

_____ _____
Paciente u otra persona legalmente responsable/autorizada Relación con el paciente, si es otra persona

_____ _____
Firma de testigo Nombre del testigo en letra de molde

☐ **UMC 602 Indiana Avenue, Lubbock, TX 79415** ☐ **TTUHSC 3601 4th Street, Lubbock, TX 79415**
☐ **UMC Health & Wellness 11011 Slide Road, Lubbock TX 79424**
☐ **GI & Outpatient Services Center 10206 Quaker Avenue, Lubbock TX 79424**
☐ **Other Address:** _____
Address (Street or P.O. Box) City, State, Zip Code

Interpretación/Interpretación Disponible a Pedido ☐ Sí ☐ No _____
Fecha/hora (si se usa)

Otras formas de comunicación usadas ☐ Sí ☐ No _____
Nombre en letra de molde del intérprete Fecha/hora

Fecha en que se hace el procedimiento: _____

UMC HEALTH SYSTEM

UNIVERSITY MEDICAL CENTER
Lubbock, Texas

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 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.

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.

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

- ☐ Name of the procedure (lay term)
- ☐ Right or left indicated when applicable
- ☐ No blanks left on consent
- ☐ No medical abbreviations

Orders

- ☐ Procedure Date
- ☐ Procedure
- ☐ Diagnosis
- ☐ Signed by Physician & Name stamped

Nurse_____Resident_____Department _____

THIS FORM IS NOT PART OF THE MEDICAL RECORD