

**AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE CIRUGIA O PROCEDIMIENTOS
DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS ESPECIALES**

1. Mi médico de asistencia es al Dr. _____ y mi médico supervisor facultativo es el Dr. _____. El número de teléfono es al (310) _____.

2. Este formulario se llama "Consentimiento Informado." Su propósito es informarme acerca del procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico al que mis médicos me han recomendado someterme. Yo debo leer el formulario cuidadosamente y hacer preguntas antes de decidir si doy o no mi consentimiento para esta operación o procedimiento.

Los siguientes son significante:

Riesgos: _____

Beneficios: _____

Alternativas: _____

3. Toda operación o procedimiento puede implicar riesgos de resultados fallidos, complicaciones, lesiones o aun muerte, tanto por causas conocidos como imprevistas, y no se da ninguna seguridad o garantía en cuanto al resultado o la cura. Usted tiene el derecho de ser informado de dichos riesgos, así como la naturaleza de la operación procedimiento, los beneficios o efectos esperados de estos y los metodos alternativos de tratamiento disponibles, así como sus riesgos y beneficios. Asimismo, usted tiene el derecho a ser informado si mi medico cuenta con cualquier investigación médica independiente o si teiene algun interés económico respecto a la realización de la operación o procedimiento que se propone. Excepto en casos de emergencia, las la oportunidad de recibir esta información y haya otorgado mi consentimiento. Yo tengo el derecho a consentir o a rehusarme a cualquier operación o procedimiento que se proponga en cualquier momento antes de que se lleve a cabo.

5. La operación o procedimiento se llevará a cabo en el **Condado de Los Angeles - Centro Medico del Harbor-UCLA, 1000 W. Carson St., Torrance, CA 90509.** El hospital mantiene personal e instalaciones para asistir a los médicos en la realización de la operación o procedimiento recomendado en el parrafo numero 4.

4. Los médicos arriba mencionados han recommendado la siguiente operación o procedimiento:

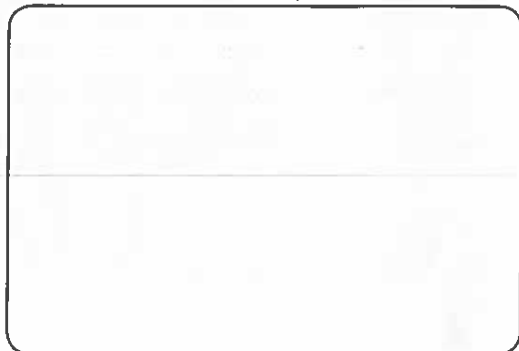
6. Una vez que de mi autorización y consentimiento, me sera practicada la operación o procedimiento indicados anteriormente, junto con cualesquiera procedimientos distintos o adicionales que, en opinión de mi médico o medico o supervisor facultativo o cirujano que puedan ser indicados debido a cualquier emergencia. La operación o el procedimiento sera llevado a cabo por el Dr. _____

(o en caso de que el médico no pueda efectuar o concluir el procedimiento, un sustituto capacitado, medico supervisor or cirujano) junto con asociados y asistentes del personal médico del **Condado de Los Angeles - Centro Medico del Harbor UCLA** a quienes mi medico o medico supervisor facultativo o cirujano puede asignar determinadas responsabilidades.

(describir en terminos sencillos la operación o procedimiento que se recomienda)

Operación/Procedimiento - (Profesional) _____

Operación/Procedimiento - (Terminos Sencillos) _____



7. Si mi médico determina que hay una posibilidad razonable que pueda necesitar transfusion de sangre como resultado de la cirugia o procedimiento al cual estoy consintiendo, mi médico me informara de esto y me provera con folleto acerca de transusiones de sangre. Este folleto contiene información concernientes a los beneficios y riesgos de varias opciones para transfusiones de sangre, incluyendo predonación por mi mismo o otros. Adems tengo el derecho a tener el tiempo adecuado antes de mi procedimiento a arreglar para predonación, pero puedo renunciar a este derecho si no deseo esperar. Entiendo que la transfusiones de sangre o productos de sangre envuelven cierto riesgos, incluyendo las transmisiones de enfermedades; tales como, hepatitis o el Virus del Inmunodeficiencia Humana (HIV) y que tengo el derecho a consentir o rehusar a cualquier transfusion. Debo discutir alguna preguntas sobre las transfusiones que pueda tener con mi médico.
8. Por mi firma abajo, autorizo a los patologos a usar su discreción en disponer de algun miembro, organo, o otro tejido sacado de mi persona durante la operacion(es) o procedimiento(s) indicado arriba.
9. Autorizo la toma de fotografías durante el procedimiento quirúrgico, con el entendimiento que tales fotografías sean usadas solamente para propósito médico o otro propósito

cientifico. Mi identidad no se necesita ser disfrazada o escondida; sin embargo, mi nombre no ser usado en coneión con tales fotografías. Certifico que este consentimiento a las fotografías es dado libremente y voluntariamente y no sera una condicion de mi admisión o tratamiento.

10. Para aseguararme que entiendo plenamente la información contenida en este formulario de consentimiento informado, mi medico discutira conmigo la información después de que haya tenido la oportunidad de leerla y antes de que decida si doy o no mi consentimiento. Si tengo cualquier pregunta, se me insta a que la haga. Si se me ocurren preguntas mas adelante, pongase en comunicación con el Dr. _____, al (310) _____ quien tendra much gusto en contestarle.
11. Mi firma abajo indica que: (1) he leído y entiendo la información proporcionada en este formulario, (2) la operación o procedimiento expuesta arriba me han sido adecuadamente explicada por mi medico, (3) he tenido la oportunidad de hacer preguntas, (4) he recibido toda la información que deseo con respecto a la operación o procedimiento y (5) autorizo y doy mi consentimiento para que se efectue dicha operación o procedimiento.

Firma del Paciente

Firma del Testigo

Signature Translator

Job Title

Provider Printed Last Name:																				
Provider Signature:																				
Date:			/			/	Time:			:										

