

# DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

## Procedimientos médicos y quirúrgicos

***AL PACIENTE: Usted tiene el derecho como paciente a que se le informe sobre su condición y a que se le recomiende el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se utilizará para que, después de conocer los riesgos y peligros involucrados, usted pueda tomar la decisión de seguir con el procedimiento o no. Esta divulgación de información no tiene como propósito el asustarle ni alarmarle; es sencillamente una medida para mejor informarle para que así usted pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.***

Yo solicito (nosotros solicitamos) voluntariamente al (a la) \_\_\_\_\_ como mi médico o proveedor de cuidados  
*nombre, credenciales (por ejemplo MD/DO, NP, DDS, etc.)*  
de la salud, y tales socios, ayudantes técnicos, y otros proveedores de atención de salud como ellos estimen necesario, que traten mi condición, la cual se me (se nos) ha explicado como: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos son planificados para mí, y doy (damos) el consentimiento voluntariamente para estos procedimientos y autorizo (autorizamos) estos procedimientos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que quizá mi médico descubra otras o diferentes condiciones que requerirán procedimientos adicionales o distintos a los ya planificados. Yo autorizo (nosotros autorizamos) que mi médico o proveedor de cuidados de la salud, y tales socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud realicen tales procedimientos adicionales que son prudentes en su opinión profesional.

Yo doy (nosotros damos) / Yo no doy (nosotros no damos) consentimiento para el uso de sangre y productos de sangre, como se estime necesario. Yo (nosotros) entiendo que se pueden presentar los siguientes riesgos y peligros en relación con el uso de sangre y productos sanguíneos:

1. La infección grave, incluyendo pero no limitado a la hepatitis y el VIH que puede conducir a daños en los órganos y el deterioro permanente.
2. Lesión relacionada con la transfusión dando lugar a alteraciones de los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunológico.
3. Reacción alérgica grave, potencialmente mortal.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ninguna seguridad ni garantía se me (se nos) ha dado con relación al resultado o a la cura.

Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, yo comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a este procedimiento en particular: \_\_\_\_\_

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi (nuestro) leal saber y entender yo tengo (nosotros tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.

Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

FIRMA DEL PACIENTE / OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (firma requerida)

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ A.M./P.M

TESTIGO:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle o Apartado Postal)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal