**Autorización y consentimiento para cirugía o procedimiento**

*(con anestesia)*

Otorgo mi consentimiento para que mi médico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y los médicos asistentes y personal quirúrgico que sean solicitados por mi médico realicen la siguiente cirugía o procedimiento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi médico me ha explicado la naturaleza y propósito de la cirugía o procedimiento que se realizará. Entiendo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía respecto de los resultados de esta cirugía o procedimiento. Además, autorizo la realización de cualquier otro procedimiento que a juicio de mi médico u otros proveedores de atención médica que participen en la cirugía o procedimiento pueda ser necesario para mi bienestar, incluidas las intervenciones que se consideren médicamente recomendables para reparar las afecciones detectadas durante la cirugía o procedimiento.

Mi médico me ha explicado los riesgos y/o complicaciones, beneficios y alternativas médicamente aceptables a la cirugía o procedimiento. Los riesgos o complicaciones potenciales de este procedimiento incluyen infección, reacción adversa a la medicación, trauma dental, lesión en órganos, sangrado, complicaciones cardio-respiratorias y muerte, todos relacionados con la realización de cualquier cirugía o procedimiento. En un pequeño porcentaje de pacientes, se puede producir una falla del diagnóstico o un diagnóstico erróneo. Otros riesgos específicos de este procedimiento pueden incluir:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que existen riesgos con cualquier cirugía o procedimiento, y que es imposible que el médico me informe todas las posibles complicaciones.

He elegido proceder después de recibir esta información y de recibir respuesta a mis preguntas a mi entera satisfacción.

Entiendo que los servicios de anestesia son provistos por un proveedor de anestesia y firmaré un formulario de consentimiento por separado para dichos servicios.

En caso de que mi médico, proveedor de anestesia u otro paciente estén expuestos a mi sangre, fluidos corporales o materiales contaminados, acepto permitir que se realicen análisis para determinar la presencia de VIH y hepatitis. Un laboratorio acreditado realizará los análisis de laboratorio requeridos sin costo alguno a mi cargo.

Otorgo mi consentimiento para que se tomen y publiquen fotografías, con fines médicos, científicos o educativos, de las cirugías o los procedimientos que se realicen, y dichas fotografías podrán incluir partes apropiadas de mi cuerpo, siempre que no se revele mi identidad por medio de las fotografías ni del contexto descriptivo que las acompañe. Se otorga permiso para que un representante del fabricante, asistente técnico o estudiante de educación continua estén presentes durante mi cirugía o procedimiento si se presenta el caso.

Consiento a la disposición, uso, retención o donación de todos los tejidos, materiales y sustancias que normalmente se extraerían en el curso de la cirugía o procedimiento.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la cirugía o procedimiento que se llevará a cabo. He recibido una explicación de los procedimientos y técnicas que pueden usarse, así como de los riesgos, beneficios y alternativas, y mediante este contrato otorgo mi consentimiento voluntario para la realización de la cirugía o procedimiento. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inicial)

El abajo firmante certifica que ha leído lo que antecede y el paciente, tutor legal del paciente o representante autorizado del paciente aceptan sus términos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente Fecha/Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente/Relación Fecha/Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo Fecha/Hora

**Declaración del médico**

Certifico que he explicado al paciente o adulto responsable los riesgos, beneficios y alternativas a la cirugía o procedimiento y que he permitido que el paciente o adulto responsable haga preguntas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del médico Fecha/Hora