

  
**KLAMATH SURGERY CENTER**  
**2640 Biehn ST Suite 2**  
**Klamath Falls, OR 97601**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**  
**PROCEDIMIENTO:**

**Fecha:**

1. Por la siguiente autorizo a mi cirujano y asistentes (elegidos por mi doctor) a realizar la operación arriba mencionada.

En el caso de surgir algún inconveniente durante el transcurso de la operación/procedimiento donde el cirujano tenga que usar el mejor juicio en cuanto a los procedimientos adicionales o diferentes a usar a los ya contemplados, yo además solicito y le/les autorizo ha hacer lo que fuere aconsejado por él. Sé que puedo tener la operación en un establecimiento donde mi cirujano tenga los privilegios de hacerlo.

2. Por la siguiente autorizo a **Klamath Surgery Center**, su personal médico profesional, empleados y agentes a asumir los servicios y cuidados necesarios junto con los procedimientos arriba autorizados al mencionando doctor a que use/n sus mejores esfuerzos para aliviar dicha condición.
3. Se me ha explicado la naturaleza, beneficios y propósitos de la operación/procedimiento, posibles métodos alternativos de tratamiento (incluyendo los riesgos, beneficios y complicaciones de dichas alternativas), riesgos involucrados, mi diagnóstico y la posibilidad de sufrir complicaciones. He tenido la oportunidad de hablar con mi doctor sobre este procedimiento y he recibido respuestas a todas mis preguntas, incluyendo los resultados esperados.
4. También se me ha informado que existen riesgos en todo procedimiento quirúrgico, incluyendo no solo pérdida seria de sangre, infección, paro cardíaco o respiratorio, perforación, choque, coágulos en venas o pulmones, lesión imprevista, punción, perforación o laceración de órganos, nervios, vasos sanguíneos o tejidos, ruptura de piel, sino también reacción a la administración de anestesia, al diagnóstico de agentes, a contrastes, a medicinas, y que dichos riesgos podrían ocasionar discapacidad permanente o muerte. Se me ha informado la probabilidad y severidad de estos riesgos. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y sé que no se me ha garantizado o asegurado los resultados de dicha operación o procedimiento.
5. Doy permiso a que se me de medicamentos, sangre o productos de sangre, si mi doctor lo encuentre necesario. Entiendo que existen riesgos con toda transfusión de sangre y se me han explicados cuales son esos riesgos.
6. A mi leal saber y entender, reconozco que le he informado a mi doctor sobre alergias, reacciones poco comunes a medicinas, medios radiopacos y radioactivos, agentes anestésicos que yo tenga o haya tenido.
7. Doy permiso a que se me administre dichos anestésicos dados por mi doctor, incluyendo anestésicos locales que el doctor responsable por estos servicios lo recomiende y lo vea necesario, con la excepción de: \_\_\_\_\_  
*(indique "ninguna", anestesia espinal", etc.)*  
Se me ha informado sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia elegida.
8. Se me ha explicado sobre las ventajas y desventajas de la operación de pacientes externos. También reconozco que se me ha informado que después de la cirugía quizás sea ingresado al hospital. Estoy de acuerdo a que se me ingrese a **SkyLakes Medical Center** si así mi doctor piensa y aconseje ser lo mejor para mi propio interés.
9. Después de la operación, tendré a un adulto responsable quien me lleve a casa como así lo he arreglado anteriormente. Reconozco que el impedimento de una alerta mental completa puede persistir por varias horas después de la administración de anestésicos y evitaré durante este período tomar decisiones o parte en actividades que necesitan concentración o juicio completo.
10. Se me ha dado instrucciones por escrito las cuales he leído y las cumpliré.
11. Doy permiso a que se realicen otros servicios médicos como así fuere necesario o recomendable, incluyendo entre otros, servicios de patología y radiología. Autorizo a **Klamath Surgery Center** a desechar todo tipo de tejidos o muestras extraídas de mi cuerpo, o a guardar muestras (tejidos) por cualquier motivo que así lo consideren apropiado.
12. Autorizo que se tomen y publiquen fotografías, películas o videos durante el transcurso de la cirugía/procedimiento para el propósito de avances educativos en medicina, siempre y cuando se proteja mi identidad. Entiendo que esta organización retendrá los derechos de propiedad de estas imágenes y que se me permitirá verlas u obtener copias. Comprendo que estas imágenes serán guardadas en un lugar seguro que proteja mi privacidad y que serán almacenadas durante un período de tiempo resguardado por la ley. Toda imagen de mi persona serán reveladas solamente bajo mi expreso permiso dado por escrito.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: OPERACIÓN/PROCEDIMIENTO, ANESTESIA U OTROS PROCEDIMIENTOS**

  
**KLAMATH SURGERY CENTER**  
**2640 Biehn ST Suite 2**  
**Klamath Falls, OR 97601**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**  
**PROCEDIMIENTO:**

**Fecha:**

13. Doy permiso a que se permita el acceso a la Sala de Operaciones a toda persona observadora especializada, tales como, estudiantes de enfermería o medicina, técnicos u otras personas autorizadas para propósitos educativos en medicina, siempre y cuando se proteja mi confidencialidad. Del mismo modo, libero al establecimiento y médico interviniente de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de la presencia de dichas personas observadoras.
14. Comprendo que durante el transcurso de este ingreso, no se aceptará una Directiva Anticipada de "Testamento en Vida".
15. Por la presente, doy permiso a determinadas personas capacitadas a revisar mi expediente médico. Tales personas incluirían, entre otras, a peritos/inspectores de acreditación estatal y federal, asesores en gestión de riesgos, operadores de terceros y personal en mejoramiento de calidad.
16. Reconozco y estoy de acuerdo a que he recibido información sobre la titularidad del establecimiento e información sobre infecciones quirúrgicas del área. De la misma manera, se me ha ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y de la Notificación de Privacidad. También, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre estos temas.
17. Comprendo que quizás se me haga un análisis de sangre para detectar signos de Hepatitis B y C e infección de VIH. Por la presente, doy permiso a dichos análisis. Además, comprendo que en el caso de ser positivo a ciertos trastornos, tales como, VIH, Tuberculosis, Meningitis Viral y/u otras enfermedades que se deben reportar al Departamento de Salud y al Centro de Control de Enfermedades, dicha información debería darse a conocer a esas entidades.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL CONSENTIMIENTO ARRIBA DETALLADO PARA ESTA OPERACIÓN/PROCEDIMIENTO Y QUE SE HAN DADO LAS EXPLICACIONES DE ESTE PRESENTE DOCUMENTO, Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO, CON LAS DECLARACIONES NECESARIAS, FUERON RELLENADOS Y QUE LOS PÁRRAFOS NO APLICABLES AL CASO, SI LOS HUBIESE, FUERON TACHADOS ANTES DE YO FIRMAR DICHO DOCUMENTO.

Firma del paciente	Fecha	_____ de la mañana/tarde Hora	
Firma del testigo	Fecha	_____ de la mañana/tarde Hora	Parentesco del testigo con el paciente

**En caso que el paciente no pueda firmar por si mismo, se debe completar lo siguiente y obtener la firma correspondiente:**

- El paciente arriba mencionado es menor de \_\_\_\_\_ años.
- El paciente arriba mencionado no puede firmar porque \_\_\_\_\_

Firma del Substituto	Fecha	_____ de la mañana/tarde Hora	Parentesco del sustituto con el paciente
----------------------	-------	----------------------------------	--

**CONSENTIMIENTO INFORMADO: OPERACIÓN/PROCEDIMIENTO, ANESTESIA U OTROS PROCEDIMIENTOS**