

Nombre del Paciente:
Cirujano:
Fecha del Servicio:
Historial Médico:
Fecha de Nacimiento:
Edad:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL PROCEDIMIENTO

Su médico, _____ Su médico ha determinado que la operación o procedimiento que se indica a continuación puede ser beneficioso para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad. Todas las operaciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos implican riesgos de resultados infructuosos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte, tanto por causas conocidas como imprevistas. No se ofrece ninguna garantía en cuanto al resultado o la curación.

Operación o procedimiento a realizar.

- Esofagogastroduodenoscopia con posible biopsia, polipectomía, dilatación de estenosis, tatuaje, control hemorrágico y/o terapéutica
- Sigmoidoscopia flexible con posible biopsia, polipectomía, dilatación de estenosis, tatuaje, control de hemorragias y/o terapéutica.
- Colonoscopia con posible ileoscopia, biopsia, polipectomía, dilatación de estenosis, tatuaje, control de hemorragias y/o terapéutica.
- _____

Su médico tratante puede ser un contratista independiente y por lo tanto no es un empleado de Apollo Surgery Center ("Centro"). Los médicos contratistas independientes también proporcionan servicios de anestesia en el Centro.

Como paciente, tiene derecho a recibir toda la información que necesite para dar su consentimiento informado o rechazar el tratamiento recomendado. Salvo en caso de urgencia, su proveedor de asistencia médica debe describirle, en un lenguaje comprensible para usted, la naturaleza de la dolencia o del tratamiento o procedimiento propuesto, los riesgos o peligros materiales que conlleva, las alternativas al tratamiento, incluido el riesgo respectivo de consecuencias desafortunadas asociadas al tratamiento o procedimiento, y la probabilidad relativa de éxito del tratamiento o procedimiento. Si tiene alguna pregunta, se le anima y se espera que consulte a su proveedor de asistencia médica antes de dar su consentimiento a dicha operación o procedimiento. Tiene derecho a consentir o rechazar cualquier operación o procedimiento propuesto antes de su realización.

Habiendo leído y comprendido plenamente lo anterior, y habiendo recibido y comprendido plenamente la información anterior de mi(s) médico(s) y/o podólogo(s), por la presente autorizo lo siguiente:

- Autorizo al proveedor de atención médica arriba mencionado y a cualquiera de sus asociados o asistentes, incluidos los residentes dentro del ámbito de su práctica autorizada, a realizar el procedimiento arriba mencionado y a prestar los servicios adicionales que se consideren médicamente razonables y necesarios, que incluyen pero no se limitan a:
 - Los derivados de condiciones o descubrimientos que aconsejen un cambio o una ampliación;
 - La administración de anestesia por un profesional de la salud, incluida la anestesia local por el cirujano;
 - La implantación de dispositivos médicos
 - Los servicios de patología y radiología;
 - Traslado a un hospital y emisión del resumen de alta del hospital al Centro.
 - Análisis postoperatorios de mi sangre en caso de que durante mi estancia se produzca una lesión con objetos punzantes relacionada con mi sangre.
- Autorizo a los servicios de patología a usar su discreción en la retención o eliminación de cualquier tejido o miembro amputado.
- Entiendo que, si se me administra un anestésico que no sea local, estoy obligado a tener a un adulto responsable disponible durante y después de mi intervención quirúrgica y que será dado de alta bajo la custodia de esa persona y deberé depender de ella para mi regreso a casa.
- Doy mi consentimiento para que se fotografíe, filme o grabe en video el tratamiento o procedimiento para fines de diagnóstico, documentación o uso educativo. Acepto que, en la medida en que sea necesario para determinar la responsabilidad del pago y para obtener un reembolso, el Centro pueda divulgar partes de mi historial financiero y/o médico a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos del Centro, incluidas, entre otras, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica o compañías de indemnización laboral, así como a aquellas personas que el Consejo de Administración considere adecuadas para revisar el historial médico con fines de garantía/mejora de la calidad médica y revisión por expertos.
- Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a los fabricantes de dispositivos sujetos a la Ley de Seguridad de Dispositivos Médicos.
- He recibido notificación verbal y escrita de los derechos del paciente del Centro, directivas anticipadas y entiendo que este centro respeta la vida humana y no seguirá ninguna directiva anticipada que pueda estar en vigor.
- Su médico tratante podría tener un interés de propiedad en el Centro y podría beneficiarse económicamente al realizar el procedimiento en el Centro. Usted, el paciente, tiene derecho a elegir dónde se realiza su procedimiento. Al firmar este consentimiento, usted acepta que el procedimiento se realice en Apollo Surgery Center.

Certifico que he leído y comprendido plenamente la declaración de consentimiento anterior, que he entendido las explicaciones a las que se hace referencia en la misma, que se ha respondido a todas mis preguntas, que todos los espacios en blanco o declaraciones que requerían inserción o cumplimentación se rellenaron antes del momento de mi firma y que este consentimiento se otorga de forma libre, voluntaria y sin reservas. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento médico y quirúrgico, así como cualquier tratamiento.

X

Firma del Paciente/Fecha

Persona Legalmente Autorizada para dar Consentimiento por el Paciente

Testigo/Fecha

Relación, Si No Es el Paciente quien Firma

Médico/Cirujano Tratante