

PERMISO PARA UNA OPERACIÓN O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

I have explained to the patient those matters identified in paragraphs 1 through 9, below, including the information related to the administration of anesthesia described in paragraph 3, below, if anesthesia is not to be administered by East Carolina Anesthesia Associates. I have explained the potential need for the use of blood and/or blood components during this procedure and (7) days (including the date of the procedure) following the end of the procedure. Related risks, benefits and alternatives to blood or blood products have been discussed, if applicable. (If Blood Administration is not applicable, check box and initial Section 10 on back of this form.)

Other remarks, if any _____

Provider Signature: _____
Physician or Other Authorized Practitioner Obtaining Consent *Role in Procedure* *Time* *Date*

Provider Signature: _____
Physician or Other Authorized Practitioner Obtaining Consent *Role in Procedure* *Time* *Date*

Provider signature above must be a physician or other authorized practitioner permitted to perform the procedure.

Check if additional procedure forms with specific risks/benefits/alternatives are attached

1. El médico, o proveedor de atención médica autorizado me ha explicado:

- a. mi condición médica actual;
- b. el tratamiento o procedimiento propuesto incluyendo el uso de anestesia local o sedación mínima o moderada durante el procedimiento o tratamiento si es aplicable;
- c. los beneficios y desventajas potenciales y la probabilidad de éxito;
- d. tratamientos alternos para la condición médica y los riesgos pertinentes, beneficios y efectos secundarios relacionados con las alternativas, incluyendo los resultados potenciales del no recibir atención, tratamiento y servicios;
- e. los riesgos posibles y probables implicados con el tratamiento o procedimiento, incluyendo hemorragia, infección y muerte;
- f. los riesgos posibles y probables implicados sin el tratamiento o procedimiento;
- g. que implantes pueden ser empleados durante mi cirugía y podrían incluir pero no están limitados a tejido artificial o natural o materiales de metal o plásticos;
- h. el proceso previsible de recuperación;
- i. los efectos a largo plazo relacionados con el tratamiento de la condición; y
- j. si un residente o un proveedor de atención médica no necesariamente un doctor, efectuará este procedimiento o partes esenciales de este procedimiento.

2. Yo _____, autorizo a _____ y/o cualquier otro practicante(s) autorizado(s).

(Escriba el nombre y título de el(los) médico(s) o los de otros profesionales para efectuar el procedimiento según se indica en el expediente médico)

y a sus médico(s) asociado(s), y a tales asistentes como sean seleccionados por el médico(s) mencionado(s) para llevar a cabo en _____ la siguiente operación o procedimiento(s):

(Nombre del paciente o escriba "mi persona")

IDENTIFIQUE EL LUGAR Y EL LADO DEL CUERPO SI APLICA. (NO USE ABREVIATURAS) _____

(Operación(es) o procedimiento(s) a ser efectuados)

3. Anestesia administrada por el médico efectuando mi operación o procedimiento o un médico especialista en medicina urgente para procedimientos efectuados en la sala de urgencias (si es aplicable). Se me ha explicado que durante mi procedimiento, pudiera requerir cualquiera de los anestésicos a continuación:

- a. Tópico (aplicación o inyección de anestésico local)
- b. Local (aplicación o inyección de anestésico local)
- c. Sedación mínima (Ansiolíticos): estado inducido por fármacos durante el cual los pacientes normalmente responden a instrucciones verbales. Aunque el funcionamiento cognoscitivo (mental) y coordinación se pueden ver afectados, la respiración, ritmo cardíaco y presión arterial no se ven afectadas.
- d. Sedación moderada/Analgesia ("Sedación consciente"): depresión de la conciencia inducido por fármacos durante el cual los pacientes responden intencionalmente a instrucciones verbales, ya sea por sí mismas o acompañadas por una estimulación táctil (toque) delicada. No se requiere intervención para mantener abiertas las vías respiratorias del paciente, y la ventilación espontánea es adecuada. Generalmente se mantiene un ritmo cardíaco y presión arterial normal.
- e. Sedación profunda/Analgesia: depresión del subconsciente inducido por fármacos durante el cual los pacientes no se pueden estimular fácilmente pero responden intencionalmente después de una estimulación repetida o dolorosa. Puede que la habilidad de mantener funciones respiratorias normales sea afectada. Puede que los pacientes requieran ayuda para mantener las vías respiratorias abiertas y ventilación espontánea podría ser inadecuada. Generalmente, el funcionamiento cardiovascular es mantenido. (Exclusivo para Anestesiólogos, Médicos de Urgencias, Médicos de Urgencias especialistas en Atención Pediátrica y de Adultos, según la norma de sedación de WakeMed).

4. Yo entiendo y estoy de acuerdo que mi procedimiento puede ser fotografiado o grabado en cinta video. Entiendo que estos materiales se usarán sólo con propósitos educativos y de investigación y no serán utilizados con propósitos de propaganda. Entiendo que el médico puede deshacerse de las fotografías/cintas después de terminar la investigación o programa educativo.

5. a. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que residentes médicos, proveedores de atención médica con privilegios de supervisión u otros proveedores de atención médica especializados pueden efectuar este procedimiento y/o participar en las funciones esenciales de mi procedimiento según lo permitan las normas y reglamentos del personal médico y las reglas del hospital.

b. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que un estudiante u otro espectador, o un representante de la industria puede estar presente durante mi procedimiento para ofrecer asesoría técnica relacionada con los aparatos o equipo técnico.

6. a. Doy permiso a y pido que Raleigh Pathology Laboratory Associates, o cualquier otra entidad que se considere apropiada, examinen todo lo que sea removido durante mi operación o biopsia, tal como tejidos, órganos, miembros, aparatos prostéticos y otros aparatos.

b. También doy permiso y pido que dicho patólogo(s) fotografíe, retenga para propósitos científicos, o se deshaga de tales artículos:

(si existe alguna excepción, por favor lístela aquí): _____

Patient Label
placed here

WakeMed
Consent for Surgery
and Special Procedures



7. Entiendo que, durante el transcurso del tratamiento o el procedimiento, pueden resultar circunstancias o condiciones imprevistas que necesiten de la prolongación del procedimiento planeado o la ejecución de un procedimiento diferente. Por lo tanto, autorizo la ejecución de tales procedimientos según lo considere el médico que los efectúe, en su juicio profesional, como necesario.
8. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que pueden existir medidas de soporte vital que son necesarias para efectuar y proporcionarme atención durante el tratamiento o procedimiento. Si poseo un documento de Instrucciones Médicas Anticipadas u otro similar, en las cuales rechazo mi resucitación, estoy de acuerdo con lo siguiente (seleccione una):
- Medidas de resucitación no deben de ser empleadas.
 - La orden que instruye las medidas de resucitación no sean empleadas, serán suspendidas temporalmente durante la operación o procedimiento. Si anestesia es implicada, la suspensión permanecerá en pie hasta que el paciente sea dado de alta del cuidado del anestesiólogo.
 - Otro (especifique): _____

I agree to abide with the request in this Section 8:

I agree to abide with the request in this Section 8:

Physician Authorized Practitioner Signature

Date/Time

Anesthesiologist Anesthesia Practitioner Signature (if applicable)

Date/Time

9. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía de los resultados de la operación o procedimiento.

10. **Administración de sangre**

Si esta casilla está seleccionada por un médico o proveedor, las secciones 10a, 10b y 10c NO se aplican al procedimiento planeado.

Iniciales del Médico/Proveedor: _____

a. Adulto, pacientes menores de edad emancipados, y pacientes menores de edad permitidos por la ley para dar su permiso: (incluye menores de edad no emancipadas que están embarazadas y están dando su permiso para la atención, prevención, diagnóstico o tratamiento del embarazo).

Se me ha explicado que la sangre o los elementos sanguíneos pueden ser administrados cuando son considerados una necesidad médica, en caso de emergencia, o en caso de vida o muerte. Yo autorizo la administración de sangre o de componentes sanguíneos según sea necesario y solicitado de acuerdo al juicio profesional de aquellas personas mencionadas en la sección número 2.

acepto no acepto (complete la sección 10c)

b. Menores no emancipados y menores de edad que la ley no les permite dar su permiso: (incluye menores de edad no emancipadas que están embarazadas y están dando su permiso para atención no relacionada con la prevención, diagnóstico o tratamiento del embarazo).

Yo entiendo que si el procedimiento propuesto es efectuado en un menor de edad no emancipado o en un menor de edad que no está permitido por la ley para dar su permiso, el médico discutirá conmigo si sangre o componentes sanguíneos pueden ser rechazados. Yo entiendo que la sección 10c SOLAMENTE se completará si el médico mencionado anteriormente y el anestesiólogo (si es aplicable) están de acuerdo de obedecer mi rechazo.

c. Yo solicito que no se le administre sangre o componentes sanguíneos a _____ durante el (los) procedimiento(s) descritos en el párrafo número 2 y el período de recuperación relacionado. Entiendo que reusar componentes sanguíneos podría resultar en consecuencias negativas derivadas del procedimiento incluyendo una muerte que se pudiera prevenir.

Liste excepciones _____

I agree to abide with the request in this section 10c.

I agree to abide with the request in this section 10c.

Physician Authorized Practitioner Signature

Date/Time

Anesthesiologist Anesthesia Practitioner Signature (if applicable)

Date/Time

11. YO ENTIENDO QUE LA ADMINISTRACION DE SEDANTES PUEDE IMPLICAR EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS A MI PERSONA, INCLUYENDO SOMNOLENCIA, MAREOS, ALTERACIONES EN EL EQUILIBRIO Y ATURDIMIENTO. PARA PACIENTES EXTERNOS: YO ENTIENDO QUE NO DEBO DE CONDUCIR UN AUTOMÓVIL, NI OPERAR NINGÚN TIPO DE MAQUINARIA O HERRAMIENTAS, NI BEBER BEBIDAS ALCOHOLICAS, NI HACER DECISIONES IMPORTANTES POR 24 HORAS DESPUÉS DE RECIBIR SEDANTES. YO ENTIENDO QUE YO DEBO DE HACER PREPARATIVOS PARA TENER AYUDA Y ATENCIÓN EN CASA DURANTE 24 HORAS DESPUÉS DE RECIBIR SEDANTES.
12. YO HE TENIDO AMPLIA OPORTUNIDAD PARA DISCUTIR CON MI(S) MÉDICO(S) MI CONDICIÓN Y EL PROCEDIMIENTO A SER EFECTUADO Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS A MI SATISFACCIÓN. CONSIDERO QUE POSEO EL CONOCIMIENTO ADECUADO EN EL CUAL PUEDO BASAR MI PERMISO PARA QUE SE EFECTÚE EL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO. ENTIENDO QUE MUCHOS MÉDICOS QUE FORMAN PARTE DEL PERSONAL DE WAKEMED, SON CONTRATISTAS INDEPENDIENTES O MÉDICOS DE CLÍNICAS PRIVADAS QUE NO ESTÁN EMPLEADOS DIRECTAMENTE POR WAKEMED, Y QUE WAKEMED NO ES RESPONSABLE DE SUS ACCIONES U OMISIONES.

Firma del paciente

Nombre en letra imprenta

Hora

Fecha

Firma del Representante Legal

Nombre en letra imprenta

Parentesco con el Paciente

Hora

Fecha

Firma del primer testigo a la firma (Empleado o voluntario de institución de atención médica excluyendo familiares)

Nombre en letra imprenta

Hora

Fecha

Firma del segundo testigo a la firma (Requerida si el permiso se obtiene por teléfono o si el paciente no puede firmar físicamente)

Nombre en letra imprenta

Hora

Fecha

*Document reason competente patient unable to sign _____

Interpreter/Reader (if applicable)

Patient Label
placed here

WakeMed
Consent for Surgery and
Special Procedures