

AS2C012

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CONTRA EL DOLOR O LA ANESTESIA REGIONAL

Solicito y autorizo la anestesia regional o el tratamiento contra el dolor llamado _____
(El médico debe llenar el nombre completo del tratamiento contra)

y comprendo que el propósito de este tratamiento es _____

(El médico debe describir el tratamiento en términos que no sean médicos)

Este tratamiento será realizado por _____ y/o los médicos y asistentes que el médico designe.

Se me ha informado que este tratamiento puede tener posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios asociados, los que incluyen, entre otros: sangrado, infección, no conseguir los resultados esperados, dolor, parálisis o daño del nervio, posibilidad de lesión en una extremidad mientras esté dormida, dolor de cabeza, dolor de espalda, reacciones alérgicas, reacciones a drogas tóxicas que pueden causar convulsiones y daño de todos y cada uno de los tejidos circundantes, incluidos posibles problemas que pueden ocurrir durante la recuperación.

Se me ha informado acerca de las alternativas, los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios relacionados a las alternativas.

Comprendo que durante este tratamiento pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas y doy mi consentimiento para que se realicen los tratamientos adicionales que los médicos consideren apropiados según su criterio profesional.

Comprendo que partes de la cirugía se pueden fotografiar o filmar en video, para lo cual doy mi consentimiento, siempre y cuando no se revele mi identidad. Comprendo que estas fotografías pueden usarse con fines educativos. Además, comprendo que durante este tratamiento pueden estar presentes internos, estudiantes o personas en capacitación de enfermería o servicios de salud asociados y que pueden observar o ayudar en mi atención, bajo la dirección de mi cirujano y de otros miembros del personal del hospital.

Comprendo que, en caso de que uno o más de mis proveedores de servicios de salud se pinche con una aguja o sufra un corte, o se exponga a mi sangre o fluidos corporales, se me puede extraer sangre con el fin de someterla a exámenes de detección de hepatitis, y que los resultados de tales exámenes se pueden revelar a los proveedores de servicios de salud que sufrieron la exposición.

Comprendo además que puede estar presente un representante clínico o de ventas durante el tratamiento, pero que éste no participará en él.

No impongo limitaciones ni restricciones específicas para mi tratamiento, además de:

(El paciente debe especificar la restricción o escribir "Ninguna")

Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido garantías acerca de los beneficios o resultados de este tratamiento. He leído este documento por completo y lo comprendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y se me ha respondido de manera satisfactoria. Todos los espacios en blanco de este documento se completaron o se inhabilitaron antes de mi firma.

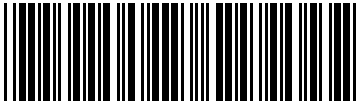
Firma del paciente, padre, tutor, apoderado de atención de salud u otro representante del paciente **Relación (si no es el paciente)** **Fecha** **Hora**

Firma del testigo (18 años o más, que no sea el médico que realiza este tratamiento) **Cargo o relación con el paciente** **Fecha** **Hora**

Se usó un intérprete o ayuda especial para obtener el consentimiento de este paciente. _____
(Nombre del intérprete)

Confirmando que he explicado el tratamiento, los riesgos, los beneficios y las alternativas relevantes, los beneficios y efectos secundarios relacionados a las alternativas, incluyendo los resultados posibles de no recibir atención, tratamiento ni servicios.

Firma / N° de identificación del médico **Fecha** **Hora**



AS2C012

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO CONTRA EL DOLOR O LA ANESTESIA REGIONAL

PHYSICIAN VERIFICATION
(Check all that apply)

PART A. ASSESSMENT AND REASSESSMENT OF PATIENT

(ONLY Out Patient/Same Day Surgical and Invasive Procedures MUST have the History and Physical examination completed within 30 days, updates within 24 hours of surgical/invasive procedure)

I verify that I have reviewed this consent and confirm the accuracy of the document including the description of the procedure. I have reviewed the operative/procedural plan with the Anesthesiologist and the Nursing staff. I have reassessed and updates the patient's current condition, and/or completed a new History and Physical, and determined this specific operation/procedure is indicated at this time.

PART B. SURGERY/PROCEDURE SIDE/SITE VERIFICATION

ATTENDING SITE/SIDE VERIFICATION

I have marked the site(s) and side(s) of surgery as required by Stony Brook University Medical Center policy.

OR

The site/side marking(s) of the _____ as required by Stony Brook University Medical Center policy could not be done for the following reason(s) _____

Attending Performing Surgery/Procedure Signature ID# Date Time

ANESTHESIOLOGY SITE/SIDE VERIFICATION (When present)

I confirm that I have verbally verified the correct operative/procedural site/side with the patient. If the patient's status prohibits verbal verification of correct site/side, verification obtained utilizing the medical record.

Attending Anesthesiologist Signature ID# Date Time

NURSE SITE/SIDE VERIFICATION

I confirm that I have identified the operative site/side and that the patient is marked or an exception was documented as above. There is oral agreement among the attending performing the operation/procedure, the anesthesiologist and myself.

Nurse Signature ID# Date Time

*Documentation of the Time Out Process is noted in the Intra-Operative Nurses Record or Procedure Note.

An interpreter or special assistance was used to verify site/side verification from this patient

(Name of Interpreter)