



OR2C262ST

STONY BROOK UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
Stony Brook, N.Y. 11794

### CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA (CONSENT TO OPERATION OR PROCEDURE AND ANESTHESIA)

Solicito y doy mi consentimiento para el procedimiento quirúrgico llamado: \_\_\_\_\_  
(El médico debe describir el procedimiento en términos que no sean médicos)

y comprendo que el propósito de este procedimiento es \_\_\_\_\_  
Este procedimiento será realizado por \_\_\_\_\_

Se me ha informado que este procedimiento puede tener beneficios, riesgo o efectos secundarios asociados, los que incluyen, entre otros: \_\_\_\_\_

incluidos posibles problemas que pueden ocurrir durante la recuperación. Se me ha informado de las alternativas, riesgos, beneficios y efectos secundarios relativos a las alternativas.

- **Doy mi consentimiento** para la administración de anestesia y medicamentos relacionados, según lo consideren necesario los miembros del personal de **Anestesiología de Stony Brook, Comité de Personal de la Facultad de la Universidad (UFPC, por sus siglas en inglés)**.
- **Comprendo** que durante este procedimiento podrían surgir complicaciones o condiciones imprevistas y doy mi consentimiento para que se realicen los procedimientos adicionales que los médicos consideren recomendables 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 para propósitos educativos. Además, comprendo que durante este procedimiento pueden estar presentes internos, estudiantes o personas en capacitación de enfermería o servicios de salud asociados y que observarán o ayudarán 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 líquidos corporales, se me puede extraer sangre con el fin de someterla a pruebas para la detección de hepatitis, y que los resultados de tales pruebas se pueden revelar a los proveedores de servicios de salud que sufrieron la exposición.
- **Comprendo, además,** que puede haber presente un representante de ventas durante el procedimiento, 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 a cabalidad y lo comprendo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que han sido respondidas en forma satisfactoria. Todos los espacios en blanco de este documento fueron llenados o inhabilitados antes de mi firma.

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

_____ Firma del testigo (18 años o más, no el médico que realiza el procedimiento)	_____ Cargo o relación con el paciente	_____ Fecha	_____ Hora
--	---	----------------	---------------

Se usó un intérprete o asistencia especial para obtener el consentimiento de este paciente. \_\_\_\_\_  
(Nombre del intérprete)

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

_____ Firma / N° de identificación del médico	_____ Fecha	_____ Hora
--	----------------	---------------



STONY BROOK  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER  
Stony Brook, N.Y. 11794

### CONSENT TO OPERATION OR PROCEDURE AND ANESTHESIA

#### 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, updated 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 updated 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)