

**PETICION Y CONSENTIMIENTO
PARA UNA OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO
MIM#-248-S**

1. Yo pido y autorizo, por el presente documento, al Dr. _____ y/o a sus asociados y los asistentes de su preferencia en los Hospitales de la Universidad de Carolina del Norte, a llevar a cabo la siguiente operación o procedimiento en:

Nombre del paciente _____ Edad _____

Descripción de la operación o procedimiento:

Yo entiendo que el Dr. (Dra.) _____ puede llevar a cabo todo el procedimiento; Sin embargo, doctores residentes y/o los asistentes que el elija en el University of North Carolina Hospitals, pueden llevar a cabo tareas específicas, bajo la dirección del médico a cargo, y estas pueden incluir: abrir y cerrar el área de una cirugía, disección de tejidos, extracción de tejidos, obtener injertos de piel, transplantar tejido, administrar anestesia, implante de dispositivos, inserción/extracción/manejar un endoscopio para un diagnóstico o un tratamiento, y la colocación de líneas intravenosas. En el momento en el que le estén haciendo el procedimiento, el médico a cargo determinará el grado de participación de parte del doctor o los doctores residentes, y/o alguno de sus asistentes, dependiendo de: (1) que tan complicado sea el procedimiento; (2) las circunstancias específicas del paciente; y, (3) el entrenamiento y experiencia de los doctores residentes y de sus asistentes.

2. Yo pido, por el presente documento que se me administren (a mi, el paciente), la anestesia y medicamentos que sean necesarios y apropiados.

3. Yo entiendo que durante la operación o procedimiento, puede ocurrir algo inesperado, por lo cual me tengan (a mi, el paciente) que realizar la operación otra vez, o una operación o procedimiento diferente. Si algo inesperado sucede durante la operación o procedimiento, por medio del presente documento solicito y autorizo a mi doctor (el del paciente), para hacer lo que sea médicamente necesario y apropiado (el paciente), incluyendo realizar la operación otra vez, o una operación o procedimiento diferente.

4. Yo he hablado con mi médico, sobre la posibilidad de recibir sangre o productos de sangre durante mi operación o procedimiento.

Yo solicito y autorizo que me den sangre o productos de sangre que me sean médicamente necesarios (a mi, el paciente)

Yo NO autorizo que me den sangre o productos de sangre (a mi, el paciente). (El paciente DEBE completar también el formulario **HD 6113** de UNC Hospitals, "Refusal to Consent to the Use of Blood or Blood Products" (Negación de Consentimiento para el uso de sangre o productos de sangre).

5. Yo no tengo una orden de No Resucitar vigente.

Yo tengo una orden de No Resucitar vigente. Yo he conversado con mi doctor acerca de si es que debo ratificar o si debo suspender temporalmente la orden de No Resucitar, antes, durante y/o inmediatamente después de la operación o del procedimiento (MARQUE UNA DE LAS CASILLAS DE ABAJO):

Yo solicito y autorizo la suspensión temporal de la orden de No Resucitar.

Yo solicito y autorizo la ratificación de la orden de No Resucitar.

Yo solicito y autorizo la suspensión temporal parcial de la orden de No Resucitar. Descripción de las partes de la orden a ser temporalmente suspendidas: _____

English translation of the description of the parts of the DNR order to be temporarily suspended:

6. Yo he tenido la oportunidad de preguntar y obtener respuestas a mis preguntas y he recibido información suficiente para tener un entendimiento general de:

- a. mi **condición médica** (la mía, del paciente),
- b. la **naturaleza** de la operación o del procedimiento,
- c. los **beneficios** de la operación o del procedimiento,
- d. los **riesgos** más comunes y frecuentes de la operación o del procedimiento,
- e. los riesgos y beneficios de **tratamientos alternativos**, y
- f. la **prognosis** de mi condición (la mía, del paciente) **con o sin la operación o el procedimiento.**

7. Basado en mi conversación con mi médico (el del paciente) y la información que he recibido, doy consentimiento a la operación o el procedimiento.
8. Yo entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías con respecto a los resultados de la operación o el procedimiento.
9. Con el propósito de avance en la enseñanza de medicina, doy permiso para que observadores estén presente durante la operación o el procedimiento.
10. Siempre y cuando no revelen mi identidad (la del paciente), también doy permiso a los empleados de UNC Hospitals y/o la Escuela de Medicina de UNC, para:
 - a. Tomar fotografías o hacer dibujos de mi persona (del paciente) con propósitos de diagnóstico, propósitos científicos, educativos o de investigación, y
 - b. Examinar y disponer de cualquier tejido, sangre o partes del cuerpo que extraigan durante la operación o el procedimiento, y
 - c. Usar tales tejidos, sangre o partes del cuerpo con propósitos educativos o para investigación de acuerdo con las normas que protegen mis derechos como participante de una investigación.
11. Yo confirmo que he leído este documento o que me lo han leído, que todos los espacios en blanco fueron llenados y que todas las secciones con las que Yo no estoy de acuerdo fueron tachadas antes de que Yo firmara debajo.

 Firma del paciente (o persona autorizada a firmar por el paciente)
 (Signature of patient or person authorized to sign for patient)

 Fecha

Relación o Parentesco del Paciente _____
 (Relationship to patient)

PHYSICIAN CERTIFICATION

I hereby certify that I have explained the nature, purpose, benefits, usual and most frequent risks of, and alternatives to, the operation or procedure, have offered to answer any questions, and have answered fully those questions. I believe that the patient (relative or guardian) understands what I have explained, and has consented to the operation or procedure.

 Physician signature

 Date

WITNESS CERTIFICATION

I hereby certify that the patient (relative or guardian) has EITHER (Check one box):

- 1. Acknowledged in my presence that he/she has received an explanation of the nature, purpose, benefits, usual, and most frequent risks of, and alternatives to, the operation or procedure, has had all of his /her questions answered, has given his/her consent, and has signed the for above; OR
- 2. Answered "yes" to all of the following questions:
 - a. Did the physician signing above explain the operation or procedure to you?
 - b. Have all of your questions about the operation or procedure been answered?
 - c. Is this your signature on the consent for the operation or procedure?
 - d. Have you given your consent for the operation or procedure?

 Witness signature

 Date