

**Essex Specialized Surgical Institute**  
**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA Y ANESTHESIA**

\_\_\_\_\_ esta prevista para la cirugia ambulatoria en Essex  
Specialized Surgical Institute.

Cirugia: \_\_\_\_\_

Ojo: derecho \_\_\_\_\_ izquierdo \_\_\_\_\_ Cirujano: \_\_\_\_\_

Las ventajas y desventajas de cirugia no hospitalizada han sido explicadas y las entiendo. Tambien comprendo que despues de mi cirugia puede ser necesaria la admision a un hospital. Yo estoy de acuerdo con ser admitido al hospital mas cercano si mi médico decide que es necesario. Yo doy consentimiento y autorizacion a Essex Specialized Surgical Institute a dar informacion sobre mi historial medico y a la trasferencia de mis documentos clinicos a otra entidad medica que necesite dicha informacion. Doy permiso para que el hospital transfiera o divulge informacion sobre mis resultados medicos perteneciente al motivo de mi ingreso o admision al mismo.

Yo estoy enterado/a que la practica de medicina y cirugia no es una ciencia exacta y reconozco que no me han ofrecido ninguna garantia con respecto a los resultados de la operacion o procedimiento. Yo comprendo que las complicaciones son poco comunes, pero pueden incluir irritacion, dolor, vision doble, parpado caido, reocurrencia, aumento de lagrimas, cicatriz, problemas con la cornea, disminucion de vision, inflamacion del iris, desprendimiento de retina, infeccion, perdida de vision u otras complicaciones oculares las cuales pueden no estar incluidas en esta lista. Mi médico me ha informado la razón de mi cirugía y de los importantes riesgos, beneficios y alternativas de la cirugía, incluyendo cualquier riesgos y beneficios de estas alternativas.

Su medico le recetara medicamentos ordenados por el FDA. Pero he sido informado, que debido a las circunstancias, un medicamento que no sea aprobado por el FDA para esta condicion medica en este caso si puede ser aprobado y utilizado.

Doy consentimiento a la administracion de anestesia bajo la direccion de los cirujanos o anestesialogos asociados con el Essex Specialized Surgical Institute, y la disposicion de tejidos que sean sacados quirurjicamente.

Por lo tanto doy consentimiento a la cirugia propuesta y a la admistracion de las medicinas necesarias antes y despues de cirugia. Yo comprendo que despues de la administracion de medicina o anestesia mi estado mental puede estar afectado por varias horas. No tomare ninguna decision ni participare en ninguna actividad que dependa del uso de mi completo estado mental durante este tiempo. Despues de cirugia, no conducire hasta mi casa ni usare transporte publico.

Doy consentimiento a la admission de observadores, fotografias o a la transmicion por television de la cirugia o procedimiento incluyendo porciones apropiadas para adelantar la educacion medica, con tal que mi identidad no sea revelada por las fotografias o exámenes descriptivos que lo acompanen.

En el caso de que llegue a estar involucrado en lo que de Occupational Safety and Health Administration (OSHA) llama una "exposicion accidental" en el cual un empleado ha sido expuesto a mi sangre o a mis fluidos corporales, doy consentimiento para que mi sangre sea examinada para patogenos que incluyen pero que no se limitan solo al VIH, Hepatitis B or Hepatitis C. Yo comprendo que los resultados de esos exámenes estaran disponibles para mi, los resultados seran utilizados solamente para determinar el tratamiento necesario del empleado expuesto, seran completamente confidenciales y no tendran algun costo para mi.

He sido informado del interes financiero de mi doctor en Essex Specialized Surgical Institute. Por lo tanto, entiendo que puedo elegir o buscar otro centro de salud medica para mi tratamiento. Un listado de centros medicos puede encontrar en el directorio telefonico.

Segun mi conocimiento, todas las repuestas a las preguntas que me han hecho son verdad y no he retenido ninguna informacion.

Me han ofrecido una copia de ley de los derechos de el paciente, y me han ofrecido infomacion sobre las Directivas medicas anticipadas.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

He obtenido un consentimiento de informacion de la cirugia del paciente arriba mencionado con anterioridad al dia de cirugia.

Se ha explicado e informado al paciente o representante del paciente de las indicaciones sobre la cirugia. Tanto como los riesgos fisico, beneficios, y alternativas durante la cirugia, incluyendo riesgos, y beneficios y el pronostico para despues de la cirugia.

\_\_\_\_\_  
Cirujano

