



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)