

Figure: 25 TAC §601.4(a)(2)

CONSENTIMIENTO MÉDICO INFORMADO
Atención médica y procedimientos quirúrgicos

AL PACIENTE: Usted tiene derecho a que se le informe sobre: 1) su enfermedad, 2) la atención médica o procedimiento quirúrgico recomendado, y 3) los riesgos relacionados con dicha atención o procedimiento. Le presentamos esta información con el fin de que usted pueda tomar la decisión de dar o no dar su consentimiento para recibir esta atención médica o procedimiento quirúrgico. Le exhortamos a que consulte con su médico o proveedor médico sobre cualquier pregunta que pueda tener antes de firmar este formulario.

Descripción de la atención médica o procedimiento quirúrgico

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico [nombre/credenciales] _____, así como a otros proveedores médicos, que den el tratamiento necesario a mi enfermedad, a saber: _____

Quedo enterado de que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o procedimiento quirúrgico:

Otras atenciones médicas o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios

Comprendo que, durante las atenciones o procedimientos quirúrgicos que yo reciba, mi médico o proveedor médico podría descubrir otros problemas que requieran atenciones o procedimientos adicionales o distintos a los que originalmente se previeron.

Autorizo a mis médicos o proveedores médicos a usar su criterio profesional para realizar las atenciones o procedimientos adicionales o distintos que consideren necesarios.

El uso de sangre

Por favor, escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":

___ Sí ___ No

Doy mi consentimiento para que se use sangre y hemoderivados, según sea necesario para mi buena salud, durante la atención médica o los procedimientos quirúrgicos. Existe el riesgo de que, con el uso de sangre o hemoderivados, se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Una infección grave, como hepatitis o una ocasionada por el VIH, entre otras, que podría provocar un daño orgánico y un deterioro permanente.
2. Daños relacionados con la transfusión que podrían lesionar los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunitario.
3. Una reacción alérgica grave, que podría ser mortal.

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con la atención médica o procedimiento quirúrgico que se tiene previsto realizarme.

Comprendo que toda atención médica o procedimiento quirúrgico supone también ciertos riesgos, que pueden ser de menores a graves. Entre estos riesgos se cuentan: infección; formación de coágulos sanguíneos en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado intenso); reacciones alérgicas; mala cicatrización de las heridas, o la muerte.

Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento quirúrgico y del estado de salud del paciente.

Los riesgos de esta atención médica o procedimiento quirúrgico incluyen, entre otros [Incluya aquí los riesgos de la Lista A y riesgos adicionales si los hay]:

Consentimiento para someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realice la atención médica o procedimiento quirúrgico descrito anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Quedo enterado de que esta atención médica o procedimiento quirúrgico no garantiza la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre lo siguiente:
 1. Tratamientos alternativos,
 2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,
 3. Los pasos que se sucederán durante la atención médica o procedimiento quirúrgico al que me someta, y
 4. Los riesgos y peligros de someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico.
- Considero que he recibido la información suficiente para poder otorgar mi consentimiento informado.
- Declaro que el contenido del presente formulario se me ha explicado en su totalidad y que sus espacios en blanco han sido rellenados.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
- Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las anteriores declaraciones no es válida para usted, comuníquese con su médico o proveedor médico antes de continuar.

El paciente / Otro representante legalmente autorizado (es obligatoria la firma):

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con el paciente:

Fecha: _____

Hora: _____ a.m./p.m.

Testigo:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (calle o apartado postal)

Ciudad, estado, código postal