

**CONSENTIMIENTO**

**MEMORIAL HOSPITAL**

N° de hospital \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Médico \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUJIA Y ANESTESICOS**

1. Por medio de la presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y a tales asistentes seleccionados por él y el Children's Memorial Hospital para llevar a cabo el siguiente procedimiento o procedimientos quirúrgico que aparecen indicados por los estudios diagnósticos y/o las observaciones clínicas anteriormente efectuadas en relación con la siguiente condición médica:  
  
(a) Procedimiento quirúrgico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
(b) Condición para la cual es necesaria la cirugía \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Autorizo que a dicho paciente se le administren los anestésicos que el médico responsable de dicho servicio considere necesarios o convenientes.
3. La índole y el objetivo del procedimiento quirúrgico me han sido explicados.
4. He sido informado de ciertos riesgos y consecuencias relacionados con el procedimiento o los procedimientos quirúrgicos y el uso de la anestesia.
5. Además, he sido informado de ciertos métodos alternativos de tratamiento (si los hay) para la condición médica descrita en el párrafo 1(b) y de los riesgos y desventajas relacionados con cada uno de ellos.
6. Me ha sido explicado que durante el curso del procedimiento quirúrgico es posible que se descubran condiciones imprevistas que podrían exigir la extensión del procedimiento o procedimientos originales o procedimiento o procedimientos distintos a los estipulados en el párrafo 1(a). Por consiguiente, autorizo y solicito que el cirujano antes mencionado, sus asistentes o las personas que él nombre, efectuen dichos procedimientos en cuanto sean necesarios o aconsejables en el ejercicio de su juicio profesional, incluyendo procedimientos quirúrgicos sin limitarse a ellos. La autorización concedida en este párrafo se extiende al tratamiento de todas las condiciones médicas para las cuales sea necesario el tratamiento médico y se desconozcan en el momento en que comience el procedimiento.
7. Confirmando que no he recibido garantías referentes a los resultados del procedimiento quirúrgico.
8. Autorizo a los funcionarios del hospital a desechar todo tejido extirpado del paciente durante dicho o dichos procedimientos.

Fecha / Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

**DECLARACION DEL MEDICO SOBRE EL CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO DE CAUSA**

Declaro y certifico que hoy día he informado al padre o tutor legal del paciente antes nombrado sobre la condición para la cual son necesarios el tratamiento quirúrgico y/o procedimientos diagnósticos antes relacionados y que conforme a mi mejor opinión médica medida de mis capacidades, he explicado plenamente la índole y los objetivos del tratamiento y de los procedimientos al que el paciente consiente en el anterior formulario de consentimiento, así como los posibles métodos de tratamiento y procedimientos alternativos, los riesgos implicados y la posibilidad de que se presenten complicaciones tanto en el tratamiento y procedimiento a los que se consiente como en los tratamientos y procedimientos alternativos, y que dicho padre o tutor legal dió su consentimiento al tratamiento y/o a los demás procedimientos descritos en el anterior formulario de consentimiento, después de habersele explicado los factores precedentes.