

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL
GENERAL INFORMED CONSENT

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Consent-E
General Informed Consent



IDN13150039

1. Por la presente autorizo a _____ y/o _____ y/o a los asistentes y colaboradores seleccionados por dicha persona para realizarme a mí o al paciente el o los siguientes procedimientos o tratamientos.

Procedimiento o tratamiento _____

2. Entiendo que este procedimiento o tratamiento está indicado en base a las observaciones diagnósticas o clínicas realizadas. Se me ha brindado la siguiente información:

- Una descripción del procedimiento o tratamiento propuesto
- Las indicaciones para el procedimiento o tratamiento propuesto
- Los riesgos y beneficios significativos que podría sufrir el paciente en relación con el tratamiento, estimados en base a la información clínica disponible y dependiendo de las prácticas usuales y las pautas clínicas aplicables
- La probabilidad de que el paciente alcance sus objetivos
- Los tratamientos alternativos, incluyendo los riesgos y beneficios significativos asociados
- Las posibles consecuencias de rechazar las terapias recomendadas o alternativas
- Quién realizará el procedimiento o tratamiento
- Cuando corresponda, las limitaciones a la confidencialidad de la información del paciente o sobre el paciente.

Entiendo la información que se me ha dado y otorgo este consentimiento voluntariamente.

3. Autorizo a que se me administre a mí o se le administre al paciente sangre o productos derivados de sangre en la medida considerada necesaria o recomendable en relación con el procedimiento o tratamiento antes mencionado, tanto durante el procedimiento como durante el período de hospitalización. Se me han informado los beneficios o riesgos potenciales y las alternativas posibles a recibir sangre y hemoderivados.

4. Autorizo a que se me administren a mí o se le administren al paciente los anestésicos que el médico responsable de administrar o supervisar la administración de anestésicos considera necesario o recomendable. Declaro que he leído y entiendo en su totalidad la hoja de información para el paciente que se me ha entregado respecto de los servicios de anestesia y que por otro lado se me ha asesorado y entiendo la naturaleza y objeto de la anestesia, los riesgos y complicaciones posibles y las posibles alternativas a los métodos de anestesia.

5. He informado al profesional de la salud autorizado que, según mi conocimiento, tengo alergia a las siguientes sustancias y fármacos:

(si no corresponde, dejar en blanco) _____

6. Entiendo que algunos de los médicos que me están tratando a mí o están tratando al paciente antes mencionado no son empleados ni agentes del *Rush University Medical Center* (Centro Médico de la Universidad Rush), sino que son profesionales médicos independientes, quienes son responsables individualmente y en forma exclusiva por el ejercicio de su criterio clínico.

7. Declaro que no he recibido garantías de ningún tipo sobre los beneficios a lograr o las consecuencias del procedimiento o tratamiento antes mencionado.

8. Autorizo a que se fotografíe o televise el procedimiento o tratamiento a ser realizado, incluyendo las partes correspondientes de mi cuerpo o el cuerpo del paciente, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que mi identidad o la identidad del paciente no sea revelada por las imágenes o textos descriptivos que las acompañan.

9. Autorizo la presencia de observadores en la sala en la que se realice dicho procedimiento o tratamiento con el fin de promover la educación médica. Los observadores podrán ser profesionales de la salud, estudiantes, especialistas en equipamiento médico u otras personas identificadas por mi médico o profesional de la salud.

10. Autorizo a las autoridades del Centro Médico a disponer de los tejidos o partes del cuerpo que me extirpen.

11. He leído la hoja de información titulada (si no se entrega hoja de información dejar en blanco).

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL
GENERAL INFORMED CONSENT

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

12. Declaro que he leído y entiendo en su totalidad este documento y que si tuve preguntas se me dio la oportunidad de obtener las respuestas del médico o del profesional de la salud.

Fecha (*Date*): _____

Firma de la persona que otorga el consentimiento
(*Signature of Consenting Party*)

Hora (*Time*): _____ A.M. / P.M.

Nombre en letra imprenta (*Print Name*)

**TESTIGO DE LA FIRMA DE LA PERSONA
QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO:**
(*Witness to signature of consenting party*)

**SI LA PERSONA QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO NO ES
EL PACIENTE: (*If consenting party is other than patient*)**

Firma del testigo (*Signature of Witness*)

Firma de la persona que otorga el consentimiento
(*Signature of Consenting Party*)

Nombre en letra imprenta (*Print name*)

Nombre en letra imprenta (*Print name*) Relación (*Relationship*)

INFORMED CONSENT AFFIRMATION

My signature below affirms that prior to the time of the procedure, I provided to the patient and/or his/her guardian the information contained in paragraph 2 above verbally, by means of an information sheet and/or other audio/visual means of communication.

Date: _____

Signature of Licensed Health Care Provider

Time: _____ A.M. / P.M.

Print Name

TELEPHONE CONSENT

Verbal authorization for the procedure(s)/treatment(s) in paragraph 1 above was obtained from the consenting party named below who has stated that he/she has authority to consent on behalf of the patient following an explanation of the information in paragraph 2 above.

Date: _____

Print Name of Consenting Party

Time: _____ A.M. / P.M.

Relationship to Patient

WITNESS AND RECIPIENT OF CONSENT:

Signature of Witness

INSTRUCTIONS: This consent form should be signed by the patient if an adult (18 years and older), by a parent or court-appointed guardian if the patient is a minor or by a court-appointed guardian if the patient has been declared legally incompetent.

INSTRUCCIONES: Este formulario de consentimiento debe ser firmado por el paciente, si se trata de un adulto (18 años o más), por un padre o tutor designado por un tribunal si el paciente es menor o por un tutor designado por un tribunal si el paciente ha sido declarado legalmente incapaz.