

CONSENT FOR SURGERY OR SPECIAL PROCEDURES FOR TREATMENT OR DIAGNOSIS

PATIENT _____ CHART NUMBER _____

I authorize the following surgical or special procedure to be performed on _____
(MYSELF, OR NAME OF PATIENT)

by and/or under the direction of Dr. _____

Surgical/special Procedure to be performed: _____

The procedure has been explained to me by Dr. _____

BENEFITS OF PROPOSED PROCEDURE DISCUSSED WITH PATIENT? YES NO

COMPLICATIONS / SIDE EFFECTS OF PROPOSED PROCEDURE DISCUSSED WITH PATIENT? YES NO

ALTERNATIVE TREATMENTS OPTIONS DISCUSSED WITH PATIENT? YES NO

CONSEQUENCES OF NO TREATMENT or NO PROCEDURE DISCUSSED WITH PATIENT? YES NO

I also consent to the performance of operations and procedures in addition to or different from these now contemplated, whether or not arising from presently unforeseen conditions, which the above named doctor or those physicians assisting him/her may consider necessary or advisable in the course of the operation. I further authorize my physician to transfer me to a contracted hospital, should an emergency, requiring clinical intervention(s) beyond the scope of services provided by Nashville General Hospital, arise during the course of this procedure.

I acknowledge that no guarantee or assurance has been given by anyone as to the result that may be obtained from this procedure.

Note to patient/responsible party: you may refuse to consent for any items listed 1-5 by crossing the item out and initialing.

- 1. I consent to** the administration of anesthesia, to be given by such person as designated by my physician. The technique, possible complications and results of such anesthetic procedure have been explained to me and I understand all of them. I am therefore aware of the risks and consequences, such as trauma, loss of tooth/teeth, nerve paralysis, infections, hypersensitivity reactions to anesthetic drugs, harmful or unexplained reactions to vital organs or anesthetics, and even death. I understand the risks, benefits, and alternatives to anesthesia.
- 2. I authorize** and consent to the transfusion of blood and blood components to me as necessary during my surgery and such additional transfusions as may be deemed advisable in the judgment of the attending physician, his associates or assistants. I understand that blood transfusions and/or blood derivatives are not always successful in producing the desired results and that there exists the possibility of ill effects. I understand the risks, benefits, and alternatives to the transfusion of blood and blood components.
- 3. I consent to** the photographing or televising/videotaping of the operations or procedures to be performed, including appropriate portions of my body, for medical, scientific, or educational purposes, provided my identity is not revealed by the pictures or by descriptive texts accompanying them.
- 4. I consent to** the presence of a company sales representative(s) that may bring necessary equipment for some surgical procedures appropriate to the surgery being done. The company sales representative is only there as a technical support person and will not be part of the surgical team.
- 5. I consent to** the disposal by hospital authorities of any tissues or parts, which may be removed.

Nashville General Hospital maintains personnel and facilities to assist your physicians and surgeons in doing various surgical operations and other procedures for diagnosis and treatment. These operations and procedures all involve **RISKS OF COMPLICATIONS, SERIOUS INJURY OR EVEN DEATH**, from both known and unknown causes. Except in cases of emergency or exceptional circumstances, these operations and procedures are therefore not performed unless the patient has had an opportunity to discuss them with his physician. You, as a patient, have the right to consent to or refuse any operation or special procedure that is proposed by your doctor(s).

I acknowledge that all blank spaces or crossed out items on this document have been either completed or crossed off prior to my signing.

I hereby sign this consent with the understanding of the possible benefits, risks, and possible alternatives involved.

I understand that I may withdraw my consent after signing this form YES NO

PHYSICIAN/PROCEDURALIST'S SIGNATURE: _____ DATE: _____ TIME: _____ AM PM

PATIENTS SIGNATURE: _____ DATE: _____ TIME: _____ AM PM

(BY PATIENT OR BY HIS/HER NEAREST RELATIVE OR HIS/HER LEGAL GUARDIAN IF THE PATIENT IS A MINOR OR PHYSICALLY OR MENTALLY UNQUALIFIED)



WITNESS: _____ DATE: _____ TIME: _____ AM PM

(WITNESS TO PATIENTS SIGNATURE)

WITNESS: _____ DATE: _____ TIME: _____ AM PM

(WITNESS TO PATIENTS SIGNATURE)

2nd witness only required where patient cannot sign (e.g. oral consent)

 NASHVILLE, TN	 CONSENT FOR SURGERY Or Special Procedures for Treatment or Diagnosis (English) 109.016/rev 09-09 Page 1 of 1	Place Patient Label Here
--	--	--------------------------

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO O DIAGNÓSTICO

PACIENTE _____

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA _____

Yo autorizo a que se le realice el siguiente procedimiento especial o quirúrgico a _____
(MI PERSONA, O A/ NOMBRE DEL PACIENTE)

por y/o dirigido por el Dr. _____

Procedimiento especial/quirúrgico que se realizará: _____

El Dr. / La Dra. _____ me explicó el procedimiento.

¿SE EXPLICARON AL PACIENTE LOS BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO? SÍ NO

¿SE EXPLICARON AL PACIENTE LAS COMPLICACIONES O LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO? SÍ NO

¿SE HABLÓ CON EL PACIENTE SOBRE OPCIONES DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS? SÍ NO

¿SE EXPLICARON AL PACIENTE LAS CONSECUENCIAS DE NO SOMETERSE AL TRATAMIENTO o AL PROCEDIMIENTO? SÍ NO

También doy mi consentimiento a que se realicen otras operaciones y procedimientos adicionales o diferentes de los que se consideraron aquí, ya sea como resultado de alguna afección prevista en estos momentos o no, y que el médico antes mencionado o los médicos que le asistan consideren necesarios o recomendables durante el curso de la operación. Además autorizo a mi médico a que me traslade a un hospital con el que tengan contrato si, durante el curso de este procedimiento, surgiera alguna urgencia para la que fuera necesario alguna(s) intervención (intervenciones) clínica(a) que no esté(n) entre los servicios prestados por el Nashville General Hospital.

Yo certifico que nadie me dio garantía o seguridad sobre los resultados que pudieran obtenerse con este procedimiento.

Aviso al paciente/la parte responsable: usted puede negarse a dar su consentimiento a los incisos del 1 al 5, sólo tache dicho inciso y ponga sus iniciales.

- 1. Yo doy mi consentimiento** a que una persona que mi médico nombre me ponga anestesia. Se me explicaron las técnicas, posibles complicaciones y los resultados del procedimiento de anestesia y lo entendí todo. Por tanto, estoy consciente de los riesgos y consecuencias, tales como trauma, pérdida de un diente/varios dientes, daños al sistema nervioso, infecciones, reacciones de hipersensibilidad a los anestésicos, reacciones perjudiciales o inexplicables a órganos vitales o anestésicos, e incluso la muerte. Entiendo los riesgos, beneficios y las alternativas a la anestesia.
- 2. Yo autorizo** y doy mi consentimiento a que se me pongan transfusiones de sangre y componentes de la sangre si fuera necesario durante la operación y cualquier otra transfusión que el médico de cabecera, sus asociados o asistentes estimen recomendable en el ejercicio de su criterio profesional. Entiendo que las transfusiones de sangre y/o los derivados de la sangre no siempre surten los efectos deseados y que existe la posibilidad de que produzcan efectos negativos. Entiendo los riesgos, beneficios y las alternativas a las transfusiones de sangre y los componentes de la sangre.
- 3. Yo doy mi consentimiento** a que se tomen fotos o videos/se televisen las operaciones o procedimientos que se harán, incluyendo las partes de mi cuerpo que sean pertinentes, para fines médicos, científicos o docentes, siempre y cuando las fotos o los títulos descriptivos que las acompañen no revelen mi identidad.
- 4. Yo doy mi consentimiento** a la presencia de representantes de ventas de alguna compañía que pudiera traer algún equipo necesario para procedimientos quirúrgicos correspondientes a la cirugía que se vaya a hacer. La presencia de los representantes de ventas de la compañía sólo será en calidad de apoyo técnico y los mismos no formarán parte del equipo quirúrgico.
- 5. Yo doy mi consentimiento** a que las autoridades del hospital eliminen todo tejido o parte que se me extirpe.

El Nashville General Hospital cuenta con el personal y las instalaciones para ayudarles a sus médicos y cirujanos a realizar diferentes operaciones quirúrgicas y otros procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Todas estas operaciones y procedimientos implican **RIESGOS DE COMPLICACIONES, LESIONES GRAVES O INCLUSO LA MUERTE**, tanto por causas conocidas como desconocidas. Excepto en casos de urgencias o en circunstancias excepcionales, no se realizarán dichas operaciones o procedimientos a no ser que el paciente haya tenido la oportunidad de hablar con su médico al respecto. Como paciente, usted tiene derecho a consentir o a negarse a que se le haga cualquier operación o procedimiento especial propuesto por su(s) médico(s).

Yo certifico que los espacios en blanco que se llenaron o los incisos tachados en este documento, se llenaron o se tacharon antes de yo firmarlo.

Firmo el presente consentimiento entendiendo los posibles beneficios, riesgos y alternativas.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento después de haber firmado este formulario. SÍ NO

FIRMA DEL MÉDICO/PERSONA QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ AM PM

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____ HORA: _____ AM PM

(EL PACIENTE, SU FAMILIAR CERCANO O SU TUTOR LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O DISCAPACITADO FÍSICO O MENTAL)



TESTIGO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ AM PM

(TESTIGO DE LA FIRMA DEL PACIENTE)

TESTIGO: _____ FECHA: _____ HORA: _____ AM PM

(TESTIGO DE LA FIRMA DEL PACIENTE)

El 2^{do} testigo sólo es necesario si el paciente no puede firmar (por ejemplo, si el consentimiento es oral)

 NASHVILLE, TN	 CONSENT FOR SURGERY Or Special Procedures for Treatment or Diagnosis (Spanish) 109.016 Rev 09-09 Page 1 of 1	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> <p style="font-style: italic; font-size: 1.2em;">Place Patient Label Here</p>
--	---	---