



Patient: Patient Test
MRN: 000000000
DOB: 1/1/1965
Gender: Male
Age: 58 year(s)

Procedure: Colonoscopy
Date: 8/23/2023
Attending Physician: Test, Doctor

Spanish - Procedure Consent

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN, ADMINISTRACIÓN DE SEDANTES O ANESTÉSICOS, SEDACIÓN CONSCIENTE Y OTROS SERVICIOS MÉDICOS

- Oregon Endoscopy Center cuenta con personal e instalaciones para ayudar a su médico en intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Estas intervenciones conllevan riesgos (p. ej., perforaciones y hemorragias). Los riesgos de la anestesia y de la sedación consciente incluyen parada respiratoria o cardíaca e incluso la muerte. Es posible que cualquiera de los procedimientos no detecte un porcentaje pequeño de pólipos y de otras lesiones. No existe ninguna garantía de resultados o cura a consecuencia de su intervención.
- Tiene derecho a que se le informe de estos riesgos, así como de la naturaleza de la intervención, los beneficios o efectos esperados de esta y los métodos de tratamiento alternativos disponibles y los riesgos y beneficios de estos. No se llevará a cabo ninguna intervención hasta que usted haya tenido la oportunidad de recibir esta información y haya podido dar su consentimiento informado por completo. Tiene derecho a dar su consentimiento o rechazar cualquier intervención propuesta en cualquier momento antes de que tengan lugar.
- Su médico ha recomendado una o varias intervenciones, tal como se indica más arriba. Después de dar su autorización y consentimiento, se le hará la intervención que se indica más arriba, así con cualquier otra intervención que, a criterio del médico supervisor, pueda estar indicada por razones de emergencia. Será su médico quien lleve a cabo las intervenciones indicadas más arriba (o, en caso de no poder finalizarlas por razones de emergencia, un médico suplente experto) con la colaboración de profesionales adjuntos y auxiliares del equipo médico a los cuales el médico podría asignar responsabilidades concretas.
- Por la presente, el equipo de patología está autorizado a utilizar su criterio para desechar cualquier miembro, órgano o tejido que se le haya extraído durante la intervención (o las intervenciones) indicada(s) anteriormente.
- Tengo a una persona adulta responsable que puede llevarme de vuelta a casa.

Por la presente, reconozco que mi médico me ha proporcionado los datos acerca del procedimiento indicado anteriormente. Se me ha informado por completo de los posibles riesgos y complicaciones de la intervención, así como de las intervenciones o métodos de tratamiento alternativos disponibles. Se me ha preguntado si deseo una explicación más detallada y he manifestado quedar satisfecho/a con la explicación proporcionada, por lo que no he necesitado información adicional, o bien he solicitado y recibido información adicional con detalles substanciales acerca de las intervenciones, así como de las intervenciones o métodos de tratamiento alternativos, e información acerca de los riesgos materiales de la intervención o tratamiento.

Signatures

Patient or Legal Guardian Signature
08/23/2023 09:23 AM



Patient: Patient Test
MRN: 000000000
DOB: 1/1/1965
Gender: Male
Age: 58 year(s)

Procedure: Colonoscopy
Date: 8/23/2023
Attending Physician: Test, Doctor

Staff Witness Signature

08/23/2023 09:23 AM