

CONSENT TO OPERATION and ANESTHETICS

DATE _____ TIME _____

1. I authorize the performance upon _____ of
(MYSELF OR PATIENT'S NAME)
the following procedure _____
(STATE NATURE AND EXTENT OF OPERATION)

_____ to be performed under the direction of Dr. _____

2. In the event of a cardio-pulmonary arrest, I consent to the use of resuscitative measures.
3. I consent to the administration of anesthetics as may be considered necessary or advisable by the physician responsible for this service.
4. The nature and purpose of this operation, possible alternative methods of treatment, the risks involved, and the possibility of complications have been fully explained to me by the responsible physician.
5. For the purpose of advancing medical education, I consent to the admittance of observers to the operating room.
6. I consent to the disposal by hospital authorities of any tissues or parts which may be removed.

(CROSS OUT ANY PARAGRAPHS ABOVE WHICH DO NOT APPLY)

CONSENTIMIENTO PARA OPERACION Y ANESTISICOS

FECHA _____ HORA _____

1. Autorizo se haga a _____
(MI MISMO O NOMBRE DEL PACIENTE)
la siguiente operación o procedimiento _____
(DIGA LA NATURALEZA Y EXTENCION DE LA OPERACION)

_____ que ha de ser hecha bajo la dirección de el/la Dr/Dra. _____

2. En el caso de cardio-pulmonary arresto (operatorio), yo consiento recibir técnicas de resucitación.
3. Consiento a la administración de anestésicos que puedan considerarse necesarios o aconsejables por el médico responsable por este servicio.
4. La naturaleza y el propósito de la operación, posibles métodos alternos de tratamiento, los riesgos envueltos, y las posibilidad de complicaciones me han sido explicadas en su totalidad por el doctor responsable.
5. Consiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones con el proposito de adelantar la educación médica.
6. Consiento a que la administración del hospital disponga de todos los tejidos o partes del cuerpo que puedan ser removidas.

(TACHE TODOS LOS PARRAFOS ANTEDICHOS QUE NO SEAN APROPIADOS)

INTERPRETER USED

Signed (Firma) _____

(Patient or person authorized to consent for patient)
(Paciente[a] or persona autorizada a firmar por el [la] paciente[a])

Witness (Testigo) _____

If other than patient, state relationship:
(Si no es el [la] paciente[a], indique parentesco o relación)