

Your  
Hospital's  
Logo  
Here

# CONSENT to Operation, Anesthetics, Maternity Care & Other Medical Services

DATE: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_ (Military Time)

## PATIENT IDENTIFICATION

1. I authorize the performance upon \_\_\_\_\_  
(myself or patient's name)  
of the following operation or procedure, \_\_\_\_\_  
(state nature and extent of operation)

to be performed under the direction of Dr. \_\_\_\_\_.

2. I consent to the performance of operations and procedures in addition to or different from those now contemplated, whether or not arising from presently unforeseen conditions, which the above-named doctor or his associates or assistants may consider necessary or advisable in the course of the operation.

3. I consent to the administration of such anesthetics as may be considered necessary or advisable by the physician responsible for this service, with the exception of \_\_\_\_\_.

4. The nature and purpose of the operation, possible alternative methods of treatment, the risks involved, and possibility of complications have been fully explained to me by the responsible physician. No guarantee or assurance has been given by anyone as to the results that may be obtained.

5. I consent to the photographing or televising of the operation or procedure to be performed, including appropriate portions of my body, for medical, scientific or educational purposes, provided that my identity is not revealed by the pictures or descriptive texts accompanying them.

6. For the purpose of advancing medical education, I consent to the admittance of observers to the operating room.

7. 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 OPERACIÓN, ANESTÉSICOS, CUIDADO de MATERNIDAD y OSTROS SERVICIOS MÉDICOS

FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ (Militar Tiempo)

1. Autorizo se haga a \_\_\_\_\_  
(mi mismo o nombre del paciente)  
la siguiente operación o procedimiento \_\_\_\_\_  
(diga la naturaleza y extensión de la operación)

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

2. Consiento a que se hagan operaciones o procedimientos adicionales o distintos a los que se contemplan, surjan o no de condiciones imprevistas en este momento, los cuales el/la Dr./Dra. antes nombrado(a) o sus asociados o ayudantes puedan considerar necesarios o aconsejables durante el curso de la operación.

3. Consiento a la administración de aquellos anestésicos que puedan considerarse necesarios o aconsejables por el médico responsable por este servicio, con la excepción de \_\_\_\_\_.

4. La naturaleza y el propósito de la operación, posibles métodos alternos de tratamiento, los riesgos envueltos, y la posibilidad de complicaciones me han sido explicadas en su totalidad por el doctor responsable. Ninguna garantía o certidumbre ha sido dada por persona alguna sobre los resultados que puedan obtenerse.

5. Consiento al fotografiar o televisar de la operación o procedimiento ha hacerse, incluyendo partes apropiadas de me cuerpo para propósitos médicos, científicos o educacionales, siempre y cuando los retratos o las explicaciones que les acompañen no revelen mi identidad.

6. Consiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones con el propósito de adelantar la educación médica.

7. Consiento a que la administración del hospital disponga de todos los tejidos o partes del cuerpo que puedan ser removidas.

( TACHE TODOS LOS PÁRRAFOS 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)

# PART OF THE MEDICAL RECORD