

**NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL**  
Columbia Presbyterian Medical Center

**AUTORIZACION PARA REALIZAR UNA  
OPERACIÓN/DIAGNOSTICO/PROCEDIMIENTO  
TERAPEUTICO  
PERMISSION FOR OPERATION/  
DIAGNOSTIC/THERAPEUTIC PROCEDURE**

SI NO TIENE UNA PLACA, ESCRIBA SU NOMBRE, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO Y NO. DE HISTORIA CLINICA

Por el presente doy mi autorización y consentimiento al Dr. \_\_\_\_\_  
Y al New York Presbyterian Hospital y su personal médico para realizar una operación/diagnóstico/procedimiento terapeutico que se describe a continuación:

Derecha (Right)  Izquierda (Left)  No Aplica (NA)

\_\_\_\_\_  
(Describa la Operación/Diagnóstico/Procedimiento Terapeutico)

a \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

La naturaleza, el propósito y los posibles riesgos y consecuencias significativas de dicha operación/diagnóstico/procedimiento terapeutico, así como las alternativas en caso de que tal operación/diagnóstico/procedimiento terapeutico no se realizara me han sido explicados y los he conversado con:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Médico/Profesional con apropiado credencial)

y doy mi autorización con pleno conocimiento de causa. Tengo entendido que la medicina no es una ciencia exacta y que existe la posibilidad de que la operación/diagnóstico/procedimiento terapeutico no obtenga los resultados o beneficios esperados. Asimismo, estoy consciente de que siempre existen riesgos y peligros para la vida y la salud generalmente asociados con la anestesia, cirugía, uso de medicamentos, procedimientos y tratamientos médicos que pueden causar consecuencias adversas no previstas normalmente; no obstante, doy mi autorización y expreso mi total conformidad con lo anteriormente mencionado.

Asimismo, doy mi consentimiento para el uso de los tejidos y/o órganos que tuvieran que extraerse durante dicha operación/diagnóstico/procedimiento terapeutico, con fines de diagnóstico patológico y, posteriormente, como contribución al avance de la ciencia y educación médica, así como para su disposición en este Hospital o en cualquier otra institución que el Hospital pudiera designar.

\*Firma \_\_\_\_\_ (Parentesco con el Paciente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*NOTE: If the patient is under eighteen (18) years, the permission of the patient's parent or legal guardian must be obtained, unless the patient is married or the parent of a child.

He conversado con la persona cuya firma figura líneas arriba sobre la naturaleza y el propósito de la operación/diagnóstico/procedimiento terapeutico mencionada y sobre sus riesgos, consecuencias y posibles alternativas y me siento satisfecho(a) de que el/ella es consciente de los mismos.

\_\_\_\_\_  
M.D. ID Code: \_\_\_\_\_

Signature of Physician/Appropriately Credentialed  
Practitioner Providing Explanation

**Día de Operación/Lugar de procedimiento/verificación secundaria: (deberá llenarse el día de la operación)**  
**(Day of Surgery/Procedure site/side verification: (to be completed on day of surgery))**

Fecha (Date): \_\_\_\_\_  Lado Derecho(Right)  Lado Izquierdo(Left)  No Aplica(NA)

**Firmas(Signatures)**

Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_  
(Patient/Guardian)

Enfermera Registrada: \_\_\_\_\_  
(RN)

Cirujano/Profesional en Medicina con la respectiva credencial: \_\_\_\_\_  
(Surgeon/Appropriately Credentialed Practitioner)

Cirujano (especifique nombre): \_\_\_\_\_ Código ID: \_\_\_\_\_  
(Surgeon (Print Name) (ID Code)

**AUTORIZACION PARA TRANSFUSION DE SANGRE**  
**PERMISSION FOR BLOOD TRANSFUSION**

SI NO TIENE UNA PLACA, ESCRIBA SU NOMBRE, SEXO, FECHA DE NACIMIENTO Y NO. DE HISTORIA CLINICA

Aceptaré que me practique una transfusión de sangre/productos sanguíneos  Sí  No

Restricciones/Limitaciones \_\_\_\_\_

1. Autorizo al New York Presbyterian Hospital y a su personal médico a administrarme a mi o al paciente señalado, una transfusión(es) de sangre\*\* y/o una infusión concentrada de factores tal como se indique.
2. Con relación a mi consentimiento a este procedimiento, mi médico me ha provisto de información, explicado y conversado sobre lo siguiente:
  - A. El(los) motivo(s) de la(s) transfusión(es), una descripción del procedimiento, los riesgos y beneficios, y las posibles alternativas, incluyendo donación dirigida o autóloga, así como riesgos y consecuencias en caso de no administrarme ninguna transfusión.
  - B. Que una transfusión de sangre no siempre tiene buenos resultados y que no se me ha dado ni a mi ni a otra persona ninguna garantía o seguridad sobre los resultados de la transfusión y que puedo estar sujeto(a) a los efectos que una transfusión de sangre y/o de productos sanguíneos produce sobre la salud.
  - C. Que este consentimiento es aplicable a todas las transfusiones que se me administren durante esta hospitalización y, en caso de ser un paciente externo, a todas las transfusiones que se realicen mientras dure el tratamiento.
3. Confirmando que he leído (o me han leído) el texto de este consentimiento y entiendo plenamente toda la información que se me ha proporcionado. He recibido respuesta a todas mis preguntas.

Paciente/Agente de Atención Médica/Tutor/Familiar: \_\_\_\_\_ (Firma)

\_\_\_\_\_  
Parentesco, si es distinta a la de paciente: \_\_\_\_\_ (Especifique nombre)

Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos, y posibles alternativas a la transfusión y que me he ofrecido a responder cualquier pregunta. Considero que él/ella entiende plenamente lo que le he explicado y respondido, y doy mi consentimiento para realizar el tratamiento propuesto.

Physician: \_\_\_\_\_ MD(Signature)

Physician ID Code: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician: \_\_\_\_\_ MD (Print Name)

**\* NOTE: The signature of the patient must be obtained unless the patient is an unemancipated minor under the age of eighteen (18) or is otherwise unable to consent.**

\*\* Por "Transfusión de Sangre" se entiende la administración de glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, crioprecipitado y plasma.