

Facility:

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOMETERSE A
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS,
DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS
Y QUIRÚRGICOS / INFORMED
CONSENT FOR INVASIVE,
DIAGNOSTIC, MEDICAL &
SURGICAL PROCEDURES**

(Patient Imprint Card)

FORM B-1

Por medio del presente, autorizo a _____ (nombre de los médicos tratantes o de los proveedores de atención médica autorizados/Name of Attending Physician[s] or Authorized Health Care Provider[s]), o a sus auxiliares médicos asociados para el mismo servicio, y a otros asistentes autorizados, personal interno u otros proveedores, algunos podrían ser elegidos y supervisados por ellos para realizar el siguiente tratamiento médico, cirugía o procedimiento (en adelante, el "procedimiento"/hereafter called the "procedure"):

Me han explicado el procedimiento y me han informado los motivos por los cuales lo necesito. También me han explicado los riesgos del procedimiento. Además, me han dicho que es posible que el procedimiento no tenga el resultado que espero. También me han informado sobre otros tratamientos posibles para mi afección y lo que podría sucederme si no recibiera el tratamiento.

Entiendo que, además de los riesgos que me explicaron acerca de este procedimiento, todo procedimiento médico o quirúrgico conlleva riesgos. Entiendo que el ejercicio de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y no me han ofrecido ninguna garantía acerca de los resultados de este procedimiento.

He tenido tiempo suficiente para conversar sobre mi afección y el tratamiento con mis proveedores de atención médica, y han contestado todas mis preguntas satisfactoriamente. Considero que cuento con información suficiente para tomar una decisión informada y acepto someterme al procedimiento. En caso de que suceda algo imprevisto y necesite tratamientos adicionales o diferentes al esperado, me obligo a aceptar cualquier tratamiento que sea necesario.

Acepto recibir transfusiones de sangre y demás productos sanguíneos que resulten necesarios junto con el procedimiento que me realizarán. Me han explicado todos los riesgos, beneficios y alternativas, y han contestado todas mis preguntas satisfactoriamente.

Si me niego a recibir transfusiones, tacharé esta sección y firmaré con mi inicial, y firmaré un formulario C de RECHAZO DE TRATAMIENTO.

Acepto permitirle al centro conservar, usar o desechar debidamente los tejidos y las partes de órganos que se extraigan durante este procedimiento.

Firma del paciente o del padre/la madre/el tutor legal del paciente menor de edad/Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient

Fecha/Date

y/and

Hora/Time

a. m./am
p. m./pm

If the patient cannot consent for themselves, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

Firma del representante de atención médica/el tutor legal/Signature of Health Care Agent/Legal Guardian
(Place a copy of the authorizing document in the medical record)

Fecha/Date

y/and

Hora/Time

a. m./am
p. m./pm

Firma y vínculo del sustituto/Signature and Relation of Surrogate

Fecha/Date

y/and

Hora/Time

a. m./am
p. m./pm

WITNESS:

I, _____, am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient, or an authorized representative, voluntarily sign this form ☐ **OR** consent to treatment telephonically ☐.
(Check one box.)

I, _____, am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed that the patient is **unable** to sign this form ☐; **OR** that the patient or an authorized representative, **refused** to sign this form ☐. (Check one box.)

Signature and Title of Witness

Date

and

Time

am
pm

INTERPRETER: (To be signed by the interpreter if the patient required such assistance)

I have provided an accurate and complete interpretation of an explanation/discussion of this form between the health care provider(s) and the patient or the patient's authorized representative.

Signature of Interpreter (if present), ID# and Agency Name

Date

and

Time

am
pm

Facility:

**NYC
HEALTH+
HOSPITALS**

Chart No.

Name

Unit

(Patient Imprint Card)

INFORMED CONSENT PROGRESS NOTE

(The Informed Consent Form HH 100 B-1 on the reverse side must also be completed)

I explained the risks, benefits, side effects and alternatives of the _____ (Identify Procedure) to the above-named patient for treatment of _____ (Identify Diagnosis).

As I explained to the patient, the risks, benefits, side effects, alternatives, intended goals and likelihood of success of the procedure to achieving health care goals (including potential problems with recuperation) include but are not limited to:

Risks and side effects of the proposed care:

Benefits: _____

Alternatives (including their risks, side effects and benefits): _____

Risks related to not receiving the procedure: _____

I provided the above-named patient with the opportunity to ask questions. I have answered the questions asked and it is my professional opinion that the patient understands what I have explained.

Signature of Attending Physician or Authorized Health Care Provider _____ and _____ am
Date Time pm

Print Name and License Number

IF SOMEONE IS MAKING HEALTH CARE DECISIONS FOR THE PATIENT, THE ATTENDING PHYSICIAN MUST CERTIFY THAT THE PATIENT LACKS DECISIONAL CAPACITY.

ATTENDING PHYSICIAN'S CERTIFICATION

I have examined the above-named patient and it is my professional medical opinion that this patient lacks decisional capacity to make informed health care decisions. I understand that if this patient has appointed a health care agent to make these decisions, a copy of the patient's Health Care Proxy must be inserted in the medical record. If the patient's surrogate has consented to the proposed treatment for the patient, the surrogate has signed the consent form.

Signature of the Attending Physician _____ and _____ am
Date Time pm

Print Name and License Number

* Authorized Health Care Provider is one who is credentialed and privileged by the medical staff to perform this diagnostic test, procedure or surgery that requires informed consent.