

SURGICAL / INVASIVE PROCEDURE CONSENT
YOU MUST READ THIS ENTIRE FORM BEFORE SIGNING

I understand the Florida Medical Consent Law requires my physician(s) to advise me of the general nature substantial risks and hazards inherent in the proposed treatment(s) or procedure(s). I understand that my physician(s) is/are independent licensed practitioner(s) and are not, and should not be considered to be employees, agents, or servants of the hospital.

I hereby consent and authorize Dr. _____ or his./her associates and such assistant, technical, nursing and/or other health care personnel as may be necessary to perform upon me the procedure(s) known as _____

I consent to the administration of local anesthetic and/or sedation considered advisable and necessary by my physician(s) if applicable.

If, during the course of this/these procedure(s), any additional or different procedures become necessary, in the professional opinion of the physician(s) or their associates, including those involving radiology or pathology, I authorize and consent to the performance of such procedures. This authority includes treating conditions whether or not known or foreseen.

I understand that Palms West Hospital is a teaching institution in which interns, residents (physicians engaged in specialty training) and medical students participate in patient care and treatment under the supervision of attending physicians. I agree to having interns, residents and medical students participate in my care and treatment as part of their specialty training. If I object to intern, resident or medical student involvement in my care, I will discuss this with my attending physician.

I consent to the admittance of observers, per policy, including students, as authorized by the physician(s) and anesthesiologists, during the procedure. I further consent to the photographing and/or videotaping of the procedure(s), and publication of such photographs and/or videotapes for medical, scientific, or educational purposes provided confidentiality is maintained. All such photographs shall remain the property of the Hospital and/or the physician.

I authorize and consent to pathology examination and/or disposal of any tissue, body parts and/or organs removed from me during the procedure(s).

I have been fully informed of and understand the associated risks and the possibility of complications and the medically acceptable alternative(s) for the above described procedure(s). These risks or complications may include scarring, pain, infections, allergic reactions, lacerations or punctures of internal organs or vessels, bleeding requiring blood transfusions or return to surgery for repair, nerve damage, heart, liver, kidney or lung complications and/or even in rare cases death. Other risks include: _____

I understand that medicine and surgery are not exact sciences. I acknowledge that no guarantee or assurances have been made to me by anyone regarding the results, success, outcome or recovery from the procedure(s), and that there is always the risk of serious complications or death. I have discussed the risks of not having this/these procedure(s) with my physician.

All of my questions have been answered to my satisfaction. I hereby **GIVE MY INFORMED AND VOLUNTARY CONSENT** for the proposed procedure(s) and accept the risks. I have read this form and discussed the nature of this surgical and/or invasive procedure and the risks, benefits and alternatives with my physician.

The reasonably available alternatives to the procedure(s) have been fully explained to me. I understand that one of the available alternatives is to refuse this/these procedure(s).

I understand and read the English language or have had adequate interpretation of translation of this document. Any and all questions I had regarding this/these procedure(s) have been answered to my satisfaction.

The patient is unable to sign or give consent as reflected in the medical record because: _____

Patient or Authorized Healthcare Representative Signature

Date

Time

Relationship to Patient

Witness

Date

Time

Witness

Date

Time

I certify that I have informed the patient of the reasonably available alternatives to the proposed surgical and/or invasive procedure(s), the inherent specify potential risks, possible complications, the benefits of the procedure(s), and the results of the procedure(s) that I consider likely to occur.

Physician Signature

Date

Time



TREAT

PALMS WEST HOSPITAL
LOXAHATCHEE, FL 33470
SURGICAL / INVASIVE
PROCEDURE CONSENT

SPANISH
ON REVERSE SIDE

**AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INVASIVO
DEBERÁ LEER ÍNTEGRAMENTE ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMAR**

Entiendo que la Florida Medical Consent Law (Ley de Autorización Médica de Florida) exige que mi médico me informe acerca de la naturaleza general de los tratamientos o procedimientos clínicamente aceptables que se han propuesto, los riesgos y peligros sustanciales inherentes a los tratamientos o procedimientos propuestos, y los beneficios esperados de los tratamientos o procedimientos propuestos. Entiendo que mi médico o médicos es (son) facultativo(s) licenciado(s) independiente(s) y no es (son), ni debe(n) ser considerado(s), empleados, agentes o servidores del hospital.

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo al Dr.(Dra.) _____
o a sus asociados y al personal de asistencia, técnico, de enfermería y/o otros profesionales de la salud, según sea necesario, a realizar en mí el procedimiento conocido como:

Autorizo la administración de anestesia local y/o sedación que se considere aconsejable y necesaria por mi médico, si corresponde.

Si durante el curso de este o estos procedimientos, se hace necesaria una intervención diferente, en la opinión profesional de médico o médicos o sus asociados, incluyendo quienes están involucrados en las áreas de radiología o patología, autorizo y doy mi consentimiento a la realización de tales procedimientos. Esta autorización incluye el tratamiento de condiciones previstas o no previstas, conocidas o no.

Entiendo que Palms West Hospital es un instituto de enseñanza en el que internos, residentes (médicos en entrenamiento especial) y estudiantes de medicina participan en la atención y tratamiento de pacientes bajo la supervisión de médicos responsables. Acepto que internos, residentes y estudiantes de medicina participen de mi atención médica y tratamiento como parte de su entrenamiento especializado. Si tengo objeciones en cuanto a la participación de internos, residentes o estudiantes de medicina en mi atención médica, hablaré de esto con mi médico responsable.

Doy mi autorización a que se admita la presencia de observadores, por política, incluyendo estudiantes, según lo autoricen el o los médicos y anesthesiólogo, durante el procedimiento. Autorizo además que se fotografíe o se filme el o los procedimientos y la publicación de tales fotografías y/o filmaciones de video para efectos médicos, científicos o educativos siempre y cuando se mantenga la confidencialidad. La totalidad de estas fotografías serán propiedad del Hospital y/o del Médico.

Autorizo y doy mi consentimiento a exámenes patológicos y al descarte de tejidos, partes del cuerpo y/o órganos que me hayan sido extraídos durante el procedimiento.

Se me ha informado perfectamente y entiendo los riesgos asociados y la posibilidad de complicaciones y las alternativas clínicamente aceptables para el o los procedimientos anteriormente indicados. Estos riesgos o complicaciones podrían incluir cicatrices, dolor, infecciones, reacciones alérgicas, laceraciones o punciones en órganos internos o vasos sanguíneos, hemorragias que pudieran requerir de transfusiones de sangre, o volver a realizar cirugía reparadora, daños a los nervios, complicaciones de corazón, hígado, riñones o pulmones y/o en casos muy raros, muerte. Otros riesgos incluyen:

Entiendo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas. Reconozco que nadie me ha dado garantía alguna de los resultados, éxitos, efectos o recuperación del procedimiento o procedimientos y de que siempre existe el riesgo de que surjan serias complicaciones o se produzca la muerte. He hablado sobre los riesgos de no realizar este o estos procedimientos con mi médico.

Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO para que se realice(n) el (los) procedimiento(s) propuesto(s). He leído este formulario y he hablado acerca de la naturaleza de este procedimiento quirúrgico y/o invasivo y de los riesgos, beneficios y alternativas con mi médico.

Se me han explicado perfectamente las alternativas razonablemente disponibles. Entiendo que una de las alternativas disponibles es negarme a someterme a este o estos procedimientos.

Entiendo y leo el idioma inglés o he recibido una interpretación o traducción adecuada de este documento. Todas las preguntas que he tenido con respecto a este procedimiento o procedimientos han sido respondidas satisfactoriamente.

The patient is unable to sign or give consent as reflected in the medical record because:

Patient or Authorized Healthcare Representative Signature / Firma del Paciente o Firma de Representante

Date / Fecha

Time / Hora

Relationship to Patient / Relación a Paciente

Witness / Testigo

Date / Fecha

Time / Hora

Witness / Testigo

Date / Fecha

Time / Hora

I certify that I have informed the patient of the reasonably available alternatives to the proposed surgical and/or invasive procedure(s), the inherent specify potential risks, possible complications, the benefits of the procedure(s), and the results of the procedure(s) that I consider likely to occur.

Physician Signature

Date

Time



TREAT

**PALMS WEST HOSPITAL
LOXAHATCHEE, FL 33470
SURGICAL / INVASIVE
PROCEDURE CONSENT**