

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 of proposed treatments or procedures, the medically acceptable alternative procedures or treatments, the substantial risks and hazards inherent in the proposed treatments or procedures, and the expected benefits of 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 anesthesiologist, 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 the slight risk of harm to my body due to radiation exposure.

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 or 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 Signature

Date

Time

Witness Signature

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 specific 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

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



Patient Identification/Label

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO INVASIVO
DEBE LEER TODO ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMAR**

Entiendo que la Ley de Consentimiento Médico de Florida requiere que mi(s) médico(s) me informe(n) sobre la naturaleza general de los tratamientos o procedimientos propuestos, los procedimientos o tratamientos alternativos médicamente aceptables, 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(s) médico(s) es/son un(os) profesional(es) independiente(s) autorizado(s) y no debe(n) ser considerado(s), empleado(s), agente(s) o servidor(es) del hospital.

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo al Dr. _____ o a sus asociados y al personal asistente, técnico, de enfermería y/u otro personal de atención de la salud que sea necesario, para que me realicen el/los procedimiento(s) conocido(s) como:

Doy mi consentimiento para la administración de anestesia local y/o sedación que mi(s) médico(s) considere(n) aconsejable(s) y necesaria(s), si corresponde. Si, durante el curso de este/estos procedimiento(s), cualquier procedimiento adicional o diferente se hace necesario, en la opinión profesional de los médicos o sus asociados, incluidos aquellos que involucran radiología o patología, autorizo y doy mi consentimiento para la realización de dichos procedimientos. Esta autoridad incluye el tratamiento de las condiciones conocidas o no conocidas o previstas.

Entiendo que el Palms West Hospital es una institución de enseñanza en la que los internos, los residentes (médicos que participan en la capacitación especializada) y los estudiantes de medicina participan en la atención y el tratamiento de los pacientes bajo la supervisión de los médicos que los atienden. Estoy de acuerdo en que los internos, residentes y estudiantes de medicina participen en mi cuidado y tratamiento como parte de su entrenamiento especializado. Si me opongo a la participación de un interno, residente o estudiante de medicina en mi cuidado, lo hablaré con el médico que me atiende.

Consiento la admisión de observadores, por política, incluidos los estudiantes, según lo autorizado por el/los médico(s) y el anestesiólogo, durante el procedimiento. Además, doy mi consentimiento para fotografiar y/o grabar en video el/los procedimiento(s), y la publicación de tales fotografías y/o grabaciones con fines médicos, científicos o educativos, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad. Todas estas fotografías seguirán siendo propiedad del Hospital y/o del Médico.

Autorizo y doy mi consentimiento para el examen patológico y/o la eliminación de cualquier tejido, parte del cuerpo y/u órganos que me hayan sido extirpados durante el/los procedimiento(s).

He sido completamente informado y entiendo los riesgos asociados y la posibilidad de complicaciones y la(s) alternativa(s) médicamente aceptable(s) para el/los procedimiento(s) descrito(s) arriba. Estos riesgos o complicaciones pueden incluir cicatrices, dolor, infecciones, reacciones alérgicas, laceraciones o pinchazos de órganos internos o vasos sanguíneos, hemorragias que requieren transfusiones de sangre o el regreso a la cirugía para su reparación, daño a los nervios, complicaciones cardíacas, hepáticas, renales o pulmonares y/o incluso, en casos excepcionales, la muerte. Otros riesgos incluyen:

Entiendo el leve riesgo de daño a mi cuerpo debido a la exposición a la radiación.

Entiendo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o seguridad con respecto a los resultados, éxito, desenlace o recuperación de los procedimientos, y que siempre existe el riesgo de complicaciones graves o muerte. He hablado con mi médico sobre los riesgos de no someterse a este/estos procedimiento(s).

Todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. **DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO** para el/los procedimiento(s) propuesto(s) y acepto los riesgos. He leído este formulario y he analizado con mi médico la naturaleza de este procedimiento quirúrgico y/o invasivo y los riesgos, beneficios y alternativas.

Me han explicado en detalle las alternativas razonablemente disponibles al procedimiento o procedimientos. Entiendo que una de las alternativas disponibles es rechazar este/estos procedimiento(s).

Entiendo y leo el idioma español o he tenido una interpretación o traducción adecuada de este documento. Todas y cada una de las preguntas que tenía con respecto a este/estos procedimiento(s) han sido respondidas de manera satisfactoria.

El paciente no puede firmar o dar su consentimiento como se refleja en el registro médico porque: _____

Firma del paciente o del representante de atención médica autorizado

Fecha

Hora

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

Hora

Firma del testigo

Fecha

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 specific 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

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



Patient Identification/Label