

**OPERATION OR PROCEDURE
OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO**

1. Yo, _____, padre o madre/representante legalmente autorizado/a de _____ autorizo al Dr/PA/NP procedimiento _____ a realizar la siguiente operación o

BRONCOSCOPIA FLEXIBLE Y: LAVADO; BIOPSIA; LARINGOSCOPIA; BIOPSIA CILIAR.

(Procedure in English: **FLEXIBLE BRONCHOSCOPY PLUS: LAVAGE; BIOPSY; LARYNGOSCOPY; CILIARY BIOPSY.**)

Entiendo que la razón para realizar el procedimiento o la operación es: **EVALUAR LA VIA AEREA Y HACER PRUEBAS PARA DETECTAR INFECCION E INFLAMACION; BUSCAR CAUSAS DE ENFERMEDAD PULMONAR.**

2. Las alternativas a este procedimiento u operación me han sido explicadas en detalle por el proveedor antes mencionado. Las alternativas incluyen: (debe completar, si la única alternativa de tratamiento es no hacer nada, indique "sintratamiento") **NINGÚN PROCEDIMIENTO**

3. **Riesgos y beneficios:** Otorgo esta autorización en el entendido que toda operación o procedimiento conlleva ciertos riesgos y peligros. Entiendo que dichos riesgos incluyen, pero no se limitan a infección, sangrado, lesión en los nervios, coágulos de sangre, reacciones alérgicas y neumonía. Estos riesgos pueden tener consecuencias graves e incluso causar la muerte. Los riesgos importantes de este procedimiento específico incluyen: **NIVEL BAJO DE OXIGENO, TOS, DOLOR EN EL PECHO, FIEBRE, HEMORRAGIA, INFECCION Y ACUMULACION DE AIRE EN LOS PULMONES (NEUMOTORAX).**

Los riesgos de no realizar esta operación o procedimiento incluyen: **MEJOR COMPRENSIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

Los beneficios de que se realice esta operación o procedimiento incluyen: **MÁS COMPRENSIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

4. **Anestesia:** Entiendo que se usará anestesia para que el procedimiento sea lo más seguro y cómodo que sea posible y que la administración de anestesia también conlleva riesgos. Entiendo que estas reacciones son raras, pero existe la posibilidad de que se presenten. Estos riesgos pueden incluir, pero no se limitan a posibles daños en la boca o los dientes, ronquera, náusea o vómito, mareo, dificultad para orinar. Hay otros riesgos más graves, aunque raros, que incluyen conciencia bajo anestesia, cambios en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, problemas visuales, inhalación del contenido estomacal, líquido en los pulmones, disfunción orgánica, hiperarritmia maligna, reacciones a los fármacos, coma y muerte. Cuando se emplean técnicas de anestesia regional, los riesgos son raros y pueden incluir, pero no se limitan a entumecimiento prolongado, dolor de cabeza posterior a la anestesia raquídea, dolor de espalda, falla de la técnica, infección, daños en los nervios, entumecimiento persistente, debilidad y convulsiones. Otorgo mi consentimiento para que se usen los anestésicos que considere necesarios la persona responsable de la administración de estos medicamentos o anestésicos. Entiendo que el anestesista me explicará estos y otros riesgos relacionados o asociados con la administración de anestésicos, así como las posibles alternativas.

5. **Procedimiento adicional:** Si mi médico/dentista/proveedor descubre una enfermedad diferente e insospechada en el momento de la cirugía, lo/la autorizo a realizar la operación o el procedimiento que considere necesario.

6. Por medio del presente, autorizo a mi médico/dentista/proveedor y a Children's Hospital Colorado a preservar para propósitos científicos o de enseñanza o a disponer de cualquier tejido, parte del cuerpo u órgano extirpado como parte necesaria de mi atención (de la atención del paciente), excepto por lo que aquí se indica: **NINGUNO**



**1004540-INFORMED CONSENT-
BRONCHOSCOPY-SPANISH
OPERATION OR PROCEDURE**
(rev. 10/2014; reformat 1/2015)

CONSENT PROCEDURE
Page 1 of 2

Place Patient Identification Label Here

7. También entiendo que no me han dado ninguna garantía o seguridad respecto a los resultados principales de la operación o del procedimiento. Puede no curar la enfermedad por la cual se realiza.

También entiendo que Children's Hospital Colorado es una institución dedicada a la docencia y que los médicos que se están capacitando pueden participar activamente en la atención previa y posterior a la operación de mi hijo/a, así como en la operación misma.

Todos los niveles de participación por parte de los médicos en capacitación estarán bajo la dirección del médico/proveedor antes mencionado.

8. Consentimiento del paciente: He leído y comprendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si no me han explicado todos los conceptos que mencionan en el mismo o no han respondido a todas mis preguntas a mi entera satisfacción o si no entiendo alguna de las palabras incluidas en el formulario.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LOS RIESGOS O PELIGROS DE LAS OPERACIONES O LOS PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS O SOBRE LAS INDICACIONES, O SI TIENE CUALQUIER OTRA PREGUNTA SOBRE LA OPERACIÓN O EL PROCEDIMIENTO PROPUESTO O SOBRE LAS INDICACIONES, PREGUNTE A SU MÉDICO/PROVEEDOR EN ESTE MOMENTO **ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

Fecha Hora Paciente o persona con autoridad para dar el consentimiento por el paciente

Parentesco con el paciente

Testigo de la firma si el consentimiento es telefónico

9. Declaración del médico/dentista/proveedor: He explicado el contenido de este documento al paciente y he respondido todas las preguntas del paciente, y, en mi opinión, creo que el paciente ha sido informado adecuadamente y ha otorgado su consentimiento para la operación o el procedimiento antes detallado.

Firma del médico/dentista/proveedor

Fecha

Hora

Discusión del consentimiento informado interpretada para el paciente/representante por:

Consentimiento en el idioma preferido rechazado



**1004540-INFORMED CONSENT-
BRONCHOSCOPY-SPANISH
OPERATION OR PROCEDURE**
(rev. 10/2014; reformat 1/2015)

CONSENT PROCEDURE
Page 2 of 2

Place Patient Identification Label Here