



Minnesota Informed Consent

Consent form for surgery or invasive procedure

Consent for surgery or invasive procedure

1. I [print patient's name]: _____

a. Agree that I will have [include both the medical term and patient words]: _____

b. At [name of facility]: _____

c. The reason for this procedure is [medical condition]: _____

d. This will be done or supervised by: _____

e. My doctor may have help from others.
Help could include opening and closing the wound.
Help might also include taking grafts, cutting out tissue, implanting devices. I have been told who will help, if known. The key team members that will assist are:

Name/title: _____

Critical task: _____

Name/title: _____

Critical task: _____

Name/title: _____

Critical task: _____

Consentimiento informado para cirugías o intervenciones invasivas

1. Yo [nombre del paciente]: _____

a. Estoy de acuerdo en que se me haga un/a _____

[según su nombre médico y además en palabras que comprenda el paciente] _____

b. En el establecimiento [nombre del hospital o clínica]: _____

c. El motivo de esta intervención es [enfermedad]: _____

d. La persona que hará o supervisará la intervención es _____

e. Mi médico puede recibir ayuda para acciones tales como abrir o cerrar las herida, tomar injertos, extraer tejidos, o implantar aparatos. Se me informará quiénes serán sus asistentes, si se sabe de antemano. Las personas claves del equipo que van a proveer asistencia son:

Nombre-título: _____

Función crítica: _____

Nombre-título: _____

Función crítica: _____

Nombre-título: _____

Función crítica: _____

2. I have talked to my doctor or health care team about:

- a.** What the procedure is and what will happen.
- b.** How it may help me (the benefits).
- c.** How it might harm me (the most likely and most serious risks).
- d.** The long-term effects the procedure might have.
- e.** My other choices for treatment. The risks and benefits of those choices.
- f.** What will likely happen if I say “no” to this procedure.
- g.** How I might feel right after and how quickly I can expect to recover.

- h.** What medicines will be used to manage pain or sedate me.

3. I agree that: **(If I do not agree with a statement, I have crossed it out and initialed next to it.)**

- a.** I will ask questions.
- b.** No one has promised me definite results.

- c.** If it is best for me, my doctor may change the plan if they find other serious problems during the procedure.
- d.** If I have “do not resuscitate” (DNR) wishes, they will be put on hold during the procedure.

- e.** Students and others may watch the procedure. This must be approved by this facility.
- f.** Pictures or video may be taken. They may be used for medical or educational reasons only.
- g.** Tissues or items removed from my body may be tested. They will be disposed of with respect. Unless I agree, tissues will not be used for research or sold.

2. He hablado con mi médico o equipo de atención médica con respecto a:

- a.**Cuál es la intervención y qué sucederá.
- b.** En qué me podría beneficiar.
- c.** Cómo me podría dañar (los riesgos más frecuentes y los más graves).
- d.** Cuáles podrían ser los efectos a largo plazo.
- e.** Mis otras alternativas de tratamiento, con sus riesgos y beneficios.
- f.** Lo que probablemente suceda si no acepto esta intervención.
- g.** Cómo es probable que me sienta después de la intervención y qué tan pronto se espera que me recupere.
- h.** Los medicamentos que se usarán para controlar el dolor o para sedarme.

3. Estoy de acuerdo con los siguientes puntos y **si estuviera en desacuerdo con alguno lo tacharé y pondré mis iniciales al lado:**

- a.** Haré preguntas.
- b.** Nadie me ha garantizado los resultados de la operación.
- c.** Mi médico puede cambiar de plan si encuentra algo serio durante el procedimiento y si es lo mejor para mí.
- d.** Si deseo que no se me haga reanimación cardiopulmonar, pero la orden de “no reanimar” se suspenderá durante la intervención.
- e.** Estudiantes y otros pueden ver el procedimiento. Esto tiene que ser aprobado por la institución.
- f.** Se pueden tomar fotografías o videos que sólo puedan utilizarse con fines médicos o educativos.
- g.** Si sacan tejidos o otros objetos de mi cuerpo serán examinados y los desechos serán respetados. Solamente si de antemano doy permiso que mis tejidos se usen para estudios lo pueden hacer. Si es que no doy permiso no podrán ser vendidos o usados para estudios.

h. If a staff person is exposed to my blood or body fluids, my blood will be drawn and tested for HIV and hepatitis. The test results will go:

- To me;
- In my medical record;
- To the exposed worker. This is to decide if treatment for the worker is needed;
- To the Employee Health Services Department and/or Infection Control at this facility; and

- To Minnesota health officials

4. Blood transfusions:

I have been told how likely it is that I will need a blood transfusion. I know the risks and benefits of receiving blood products. My doctor and I talked about other options.

- You may give me blood (blood products) if I need them during my stay and if it is related to this procedure. Yes No

5. I understand that:

a. I can change my mind. If I do, I must tell my doctor or team as soon as possible.

b. The team members may change during the procedure.

c. The team will double-check who I am. They will ask what I am having done. This is to protect me.

My questions have been answered. I agree to the procedure. My instructions and special needs are:

h. Si el personal es expuesto a mi sangre o sus componentes, me sacarán sangre y será examinada para el VIH o Hepatitis. Los resultados serán mandados a:

- A mi;
- A mi expediente medico;
- Al trabajador que haya sido expuesto. Esto es para saber si debe seguir un tratamiento;
- Al Employee Health Services Department (Departamento de Salud de los empleados) y o al departamento de Infection Control (Control de infecciones) del establecimiento;
- A los oficiales de Minnesota Health.

4. Transfusiones de sangre:

Me han dicho cuáles son las probabilidades de que me pongan una transfusión de sangre. Se de los beneficios de recibir transfusiones de sangre. Mi médico y yo hemos hablado acerca de mis opciones.

- Me pueden poner una transfusión de sangre si la necesitará durante mi estadía y si está relacionada a este procedimiento. Si No

5. Entiendo que:

a. Tengo derecho a cambiar de opinión. Si lo hago, debo informar de ello a mi médico o a mi equipo lo antes posible.

b. Es posible que haya sustituciones de los miembros del equipo que me atiende durante la intervención.

c. El equipo médico confirmará mi identidad. Por mi propia seguridad, se me preguntará sobre la intervención.

Mis preguntas han sido respondidas. Estoy de acuerdo en que la intervención se lleve a cabo. Mis instrucciones especiales son la siguientes:

Patient (or representative) signature/
Relationship to patient

Date

Time

I have discussed the procedure and the information stated above with the patient (or patient's representative) and answered their questions. The patient or their representative consented to the procedure.

Physician or Provider signature(s)

Date

Time

I have verified that the signature is that of the patient or patient's representative. This form has been signed before the procedure.

Witness

Date

Time

Paciente (o su representante)/
parentesco

Fecha

Hora

He hablado con el paciente o su representante acerca de la intervención y la información arriba mencionada, y he contestado sus preguntas. El paciente o su representante dio su consentimiento para la intervención.

Firma(s) del médico o proveedor

Fecha

Hora

Doy fe de que la firma es del paciente o su representante y que este formulario ha sido firmado antes de la intervención.

Nombre del intérprete (si se uso)

Organización

Hora

Testigo

Fecha

Hora