



* 3 C N S E N T *

**CONSENT FOR OPERATIVE / INVASIVE OR
NON-INVASIVE PROCEDURE AND THE RENDERING
OF MEDICAL SERVICES**

MRU01686 (08/22/13)

Page 1 of 2

**THE FOLLOWING MEDICAL SERVICE IS BEING PERFORMED:
EL SIGUIENTE SERVICIO MÉDICO SE REALIZARÁ:**

- My physician has explained the procedure and has answered all my questions.
El doctor me ha explicado el procedimiento y ha contestado a todas mis preguntas.
- I understand that there are risks/benefits and alternatives with this procedure. These risks/benefits and alternatives have been explained to my satisfaction. I also understand that there are rare complications, including death, which may not have been specifically mentioned, that may also occur. I accept these risks.
Yo entiendo que este procedimiento lleva ciertos riesgos. Me han explicado estos riesgos de manera satisfactoria. Yo también, entiendo que quizá hayan complicaciones más raras, inclusive la muerte, las cuales quizás no se hayan mencionado, pero que puedan ocurrir. Yo acepto todos los riesgos.
- The informed consent process includes a discussion about potential benefits, risks, and side effects of the patient's proposed care, treatment, and services' the likelihood of the patient achieving his or her goals; and any potential problems that might occur during recuperation.
El consentimiento informado incluye información sobre los posibles beneficios, riesgos y los efectos secundarios relacionados a la atención y al tratamiento que se le propone al paciente, así como de las posibilidades que el paciente logre sus objetivos y de cualquier problema potencial que pudiera ocurrir durante la recuperación.
- Alternate methods of treating my condition have been explained to me, including no treatment, and the consequences and expected results of these alternatives have been described to my satisfaction.
Me han explicado de manera satisfactoria las alternativas médicas relacionadas al tratamiento de mi situación médica, lo cual incluye no recibir ningún tratamiento, las consecuencias y los resultados que se esperan de éstas.
- The expected results of the procedure have been explained. No warranty or guarantee has been made as to the result or cure.
Me han explicado los resultados que se esperan al llevar a cabo este procedimiento. No me han dado ninguna garantía acerca del resultado o de la curación.
- I therefore authorize and direct (physician) _____ and/or associates of the physician's choice to do the operation/procedure and/or any other therapeutic procedure that the surgeon's judgment may dictate to be advisable for the correction of this condition or for my (the patient's) well-being.
Por lo tanto, autorizo y señalo al doctor _____ y/o los asistentes de selección del doctor que cumplan con la cirugía/procedimiento y/o cualquier otro procedimiento terapéutico que el cirujano recomiende para corregir la condición o para promover mi bienestar (o el del paciente).
- I authorize additional services as necessary, including Pathology and Radiology. The Pathologist may use discretion to dispose of any submitted tissue or member.
Yo doy autorización a que me proporcionen servicios adicionales según sea necesario, incluyendo patología y radiología. El patólogo tomará la discreción de deshacerse de cualquier tejido o miembro del cuerpo que le hayan enviado.
 - ▶ Patient's Initials: _____
Iniciales del paciente
- I have read the above information and accept the risks/benefits and understand the alternatives discussed with me by the physician.
He leído los puntos de información anteriores, acepto los riesgos y beneficios, y comprendo las alternativas conversadas con mi medico.

Patient's Signature: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del Paciente Hora Fecha

Witness Signature: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del Testigo Hora Fecha

2nd Witness Signature*: _____ Time: _____ Date: _____
2^{do} Firma del Testigo Hora Fecha

* Only necessary for telephone consent.
Necesario únicamente para el consentimiento telefónico.



**CONSENT FOR OPERATIVE / INVASIVE OR
NON-INVASIVE PROCEDURE AND THE RENDERING
OF MEDICAL SERVICES**

MRU01686 (08/22/13)

Page 2 of 2

PATIENT IS A MINOR: EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:		
Father's Signature: _____ <i>Firma del Padre</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Mother's Signature: _____ <i>Firma de la Madre</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Court-Appointed Advocate: _____ <i>Firma del Defensor designado por el tribunal</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>

PATIENT HAS A LEGAL GUARDIAN OR DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE: EL PACIENTE TIENE UN TUTOR LEGAL O PODER DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA:		
Legal Guardian Signature: _____ <i>Firma del Tutor</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Durable Power of Attorney for Healthcare Signature: _____ <i>Firma del poder duradero para atención médica</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
<input type="checkbox"/> Guardianship Document on chart <i>Documento de tutorial en hoja clínica</i>	<input type="checkbox"/> Durable Power of Attorney for Healthcare <i>Documento de poder duradero para atención médica en hoja clínica</i>	

IN ABSENCE OF PATIENT'S LEGAL GUARDIAN OR DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE: EN AUSENCIA DE TUTOR LEGAL O PODER DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA:		
Physician has explained patient's plan of care to family and/or friends in absence of patient's Legal Guardian or Durable Power of Attorney for Healthcare. <i>El médico ha explicado el plan de atención del paciente a la familia y/o amigos en ausencia de un Tutor Legal o Poder duradero para atención médica.</i>		
Other Person's Signature: _____ <i>Firma del Otra Persona</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Relationship to Patient: _____ <i>Relación al paciente</i>		

Interpreter used:

- Contracted Language Line:
 - ▶ Name of Interpreter: _____ Interpreter #: _____
- UMC Interpreter (in person):
 - ▶ Signature of Interpreter: _____ Time: _____ Date: _____
- UMC Telephone Interpreter:
 - ▶ Interpreter Name: _____