

Patient Name:

DOB:

MR #:

Madison Surgery Center
1 S. Park Street-3rd Floor, Madison, WI 53715
CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS
MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, ANESTÉSICOS,
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA, Y SERVICIOS
MÉDICOS - DOLOR

Index to Consent – Treatment/Procedures

Fecha: _____

Yo solicito y permito que el Dr. _____, y/u otros doctores, asistentes, estudiantes, y miembros del personal que puedan ser asignados a mis cuidados, realicen en: _____
 lo siguiente: (Nombre del Paciente o "Mi Mismo")

- Cervical** **Torácico** **Lumbar** **Sacro** **Cabeza** **Cara**

Nivel _____

- Bloqueo del Nervio Bloqueo de la Rama Medial Radiofrecuencia Crioterapia
 Nervio Simpático Ganglio Bloqueo del Plexo Recarga de Bomba para el Dolor
 Inyección en la Articulación (Facetaria/Sacroilíaca/Sacroccoccigea/Cadera/Rodilla/Tobillo/Hombro)
 Inyección Epidural de Esteroides (Transforaminal/Interlaminar/Caudal)
 Otro: _____

La aguja se guiará a la(s) estructura(s) comentada(s) previamente:

- el espacio epidural los nervios simpáticos la articulación sacroilíaca o de la cadera
 la raíz nerviosa donde sale de la columna en el/los disco(s) cerca de un nervio
 los nervios de la articulación facetaria la articulación facetaria Otro: _____

Marque en qué lado del cuerpo se planea realizar el procedimiento:

- Derecho (*Right*) Izquierdo (*Left*) Línea media (*Midline*) Bilateral en _____ Nivel(es)

Se usarán fluidos estériles para (1) Confirmar la colocación correcta de la aguja y ver la estructura deseada (2) Anestesiarse la estructura deseada (3) Disminuir el dolor (4) Destruir nervios

Otro: _____

Riesgos:

- Aumento del dolor
- Efectos secundarios relacionados con esteroides
- Dolor de cabeza
- Lesión en los nervios y músculos en el área de la inyección
- Riesgos adicionales: _____

Riesgos Inusuales:

- Infección (<1 de cada 1000)
- Sangrado (el riesgo puede ser mayor si usa un anticoagulante como Warfarina, aspirina, etc.)
- Pérdida de la función del brazo o la pierna
- Parálisis
- Pérdida de la función de uno o más órganos del cuerpo
- Pneumotórax (aire fuera del pulmón)
- Daño cerebral
- Muerte

Al firmar en la página 2 (al dorso de este formulario), confirmo que (1) he leído **ambas páginas de este formulario**, (2) entiendo el formulario y la información que me ha proporcionado mi doctor o la persona designada por mi doctor, (3) he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi gusto, y (4) doy mi consentimiento para que se realice(n) la(s) operación(es) o el/los procedimiento(s) indicado/a(s) anteriormente. Me han explicado los riesgos, los beneficios, y otras opciones. También me han indicado lo que puede suceder si no recibo tratamiento y estoy de acuerdo con proceder.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Madison Surgery Center
1 S. Park Street-3rd Floor, Madison, WI 53715
**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS
MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, ANESTÉSICOS,
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA, Y SERVICIOS
MÉDICOS - DOLOR**

Index to Consent – Treatment/Procedures

FIRMAS AUTORIZANTES:

Firma del Paciente/Representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Si lo firma una persona distinta al paciente, escribe el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en letra de molde: _____ Relación: _____

El Paciente es: Menor de edad Incompetente / Incapacitado
Autoridad Legal: Tutor Legal Padre de un Menor de Edad
 Agente de Cuidados Médicos Otro _____

Provider Signature: _____ Print Provider Name: _____

Date: _____ Time: _____ Pager# _____

Firma del Intérprete o Lector (si es pertinente)		Witness Signature* (Firma del Testigo*)	
Nombre del Intérprete o Lector en Letra de Molde		Print Witness Name (Nombre del Testigo en Letra de Molde)	
Fecha	Hora	Date (Fecha)	Time (Hora)

* Sólo se requiere si el proveedor no obtiene la firma del paciente o cuando el consentimiento se obtenga por teléfono.
* Only required if patient signature not obtained by provider or when telephone consent obtained.

Un doctor me ha explicado completamente:

- la naturaleza y las consideraciones del/de los procedimiento(s)
- otras opciones de tratamiento
- los resultados posibles
- qué puede suceder si no recibo tratamiento
- los riesgos tales como pérdida severa de sangre, infección, y paro cardiaco, que pueden producirse durante cualquier procedimiento.

Entiendo el riesgo de problemas, lesión severa o incluso muerte que pueden producirse debido tanto a causas conocidas como desconocidas.

Entiendo/me han indicado que:

1. Antes, durante, o después del procedimiento indicado anteriormente, es posible que aparezcan o que el doctor encuentre problemas nuevos que no podrían haberse previsto. Estos hallazgos pueden requerir que se realicen más procedimientos u otros distintos. Solicito y permito que mis doctores usen los procedimientos que consideren óptimos para mí.
2. Es posible que un miembro del Departamento de Anestesiología, un residente, una enfermera, o el cirujano que ejecute la operación me administre un anestésico. Me han indicado claramente mis opciones y los riesgos/beneficios de su uso. Doy mi consentimiento al uso de dicha anestesia. Las restricciones en el tipo de anestesia, si hay alguna, se mencionan en la página 1 de este formulario.
3. Entiendo que la pérdida de sangre es un riesgo del procedimiento. Me han explicado los beneficios, los riesgos y las alternativas asociadas con las transfusiones de productos sanguíneos, y también los riesgos que conlleva el rehusar dichas transfusiones. Entiendo que todo producto sanguíneo que pueda usarse ha sido analizado para la hepatitis, el VIH (la causa del SIDA), y otros patógenos que incluyen el Virus del Nilo Occidental. Los productos sanguíneos pueden haber sido o no analizados para bacteria antes de que los reciba. El análisis reduce en gran manera la posibilidad de que usted (el paciente) contraiga estas u otras infecciones a través de la sangre transfundida, pero no la elimina. Otras complicaciones ocasionales incluyen reacciones alérgicas tales como ronchas, escalofríos, fiebre, y náusea. Otras complicaciones poco frecuentes incluyen la destrucción rápida de la sangre transfundida, el exceso de fluido en el pulmón, shock, y reacciones alérgicas severas. Reconozco y entiendo que este centro puede decidir, en base a mis necesidades de atención, transportarme a un hospital u otro centro si se necesitan transfusiones de productos sanguíneos.
4. Entiendo que es la práctica de este centro de cirugía y de los médicos que me están atendiendo la de suspender temporalmente las órdenes de "no reanimar" (DNR por sus siglas en inglés) y estoy de acuerdo con dicha suspensión.
5. Los profesionales independientes a los que se les ha concedido el privilegio de usar este centro para la atención y el tratamiento de pacientes no son empleados ni agentes del centro de cirugía. El Hospital y las Clínicas de la Universidad de Wisconsin (*University of Wisconsin Hospitals and Clinics*) y su personal médico tienen relaciones de servicio, educacionales, y de investigación con la Universidad de Wisconsin-Madison y otras instituciones médicas de servicio y educacionales. El cuerpo de doctores involucrados en la atención médica está constituido por miembros del personal médico docente de la Universidad, residentes o fellows en programas de entrenamiento.
6. La práctica de la medicina, la cirugía y la odontología no es una ciencia exacta. No me han hecho promesas sobre los resultados del/de los procedimiento(s).
7. Doy mi consentimiento a que se observe, fotografíe, filme, televise, o grabe cualquier procedimiento para ayudar a mejorar la atención médica, la educación o el conocimiento. Entiendo que mi identidad no se dará a conocer a través de las imágenes.
8. Doy mi consentimiento a que este centro de cirugía conserve o deseche cualquier tejido o parte del cuerpo extraído/a durante el/los procedimiento(s), y que se utilice para la investigación.
9. Es posible que sea necesario compartir o dar parte de información sobre mí (el paciente), tal como VIH, tuberculosis, y otras enfermedades a lugares como el departamento de salud del estado.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Madison Surgery Center

1 S. Park Street-3rd Floor, Madison, WI 53715

CONSENT TO MEDICAL OR SURGICAL PROCEDURES, ANESTHETICS, DIAGNOSTIC RADIOLOGY, AND MEDICAL SERVICES - PAIN

Index to Consent – Treatment/Procedures

Date: _____

I request and allow Dr. _____, and/or other doctors, assistants, students, and staff who may be assigned to my care, to perform on: _____ the following:
(Patient's name or "Myself")

- Cervical
- Thoracic
- Lumbar
- Sacral
- Head
- Face

Level _____

- Nerve Block
- Sympathetic Nerve
- Joint Injection (Facet/Sacroiliac/Sacrococcygeal/Hip/Knee/Ankle/Shoulder)
- Epidural Steroid Injection (Transforaminal/Interlaminar/Caudal)
- Other: _____
- Medial/Branch Block
- Ganglion
- Plexus Block
- Pain Pump Refill
- Radiofrequency
- Cryotherapy

Needle will be guided into the previously discussed structure(s):

- the epidural space
- the nerve root as it exits the spine
- the nerves from the facet joint
- the sympathetic nerves
- into the disc(s)
- the facet joint
- the sacroiliac or hip joint
- near a nerve
- Other: _____

Check which side of the body the procedure is planned:

- Right
- Left
- Midline
- Bilateral at _____ Level(s)

Sterile Fluids will be used to (1) Confirm correct needle placement and see the target structure (2) Numb the target structure (3) Decrease Pain (4) Lyse Nerves

Other: _____

Risks:

- Increased pain
- Steroid related side effects
- Headache
- Injury to the nerves and muscles at the injection site
- Additional Risks: _____
- _____
- _____
- _____

Rare Risks:

- Infection (<1 out of 1000)
- Bleeding (risk may be higher if using blood thinning medicine such as Warfarin, aspirin, etc.)
- Loss of function of arm or leg
- Paralysis
- Loss of function of one or more body organ(s)
- Pneumothorax (air outside of the lung)
- Brain damage
- Death

By signing page 2 (reverse side of form), I confirm that (1) I have read **both pages of this form**, (2) I understand the form and information given to me by my doctor or doctor's designee, (3) I have had the chance to ask questions and have had them answered to my liking, and (4) I give my consent to perform the operation(s) or procedure(s) listed above. The risks, benefits, and other options have been explained to me. I have also been told what may happen if I do not get treated and I agree to proceed.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Madison Surgery Center
1 S. Park Street-3rd Floor, Madison, WI 53715
**CONSENT TO MEDICAL OR SURGICAL
PROCEDURES, ANESTHETICS, DIAGNOSTIC
RADIOLOGY, AND MEDICAL SERVICES - PAIN**

Index to Consent – Treatment/Procedures
AUTHORIZING SIGNATURES:

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version _____ Date: See Spanish Version _ Time: See Spanish Version

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.

Print Name: See Spanish Version _____ Relationship: See Spanish Version _____

Patient is: Minor Incompetent / Incapacitated
Legal Authority: Legal Guardian Parent of Minor
 Health Care Agent Other _____

Physician Signature: See Spanish Version _____ Print Physician Name: See Spanish Version _____

Date: See Spanish Version _____ Time: See Spanish Version _____ Pager# See Spanish Version _____

See Spanish Version _____
Interpreter or Reader Signature (if applicable)

See Spanish Version _____
Witness Signature*

See Spanish Version _____
Print Interpreter or Reader Name

See Spanish Version _____
Print Witness Name

See Spanish Version _____
Date Time

See Spanish Version _____
Date Time

* Only required if patient signature not obtained by physician or when telephone consent obtained.

A doctor has fully explained to me:

- the nature and concerns of the procedure(s)
- other options for treatment
- possible outcomes
- what may happen if I do not get treated
- risks such as severe loss of blood, infection, and cardiac arrest, that can happen during any procedure.

I understand the risk of problems, serious injury or even death that may result from both known and unknown causes.

I understand/have been told that:

1. Before, during, or after the procedure listed above, I may develop or the doctor may find new problems that could not be foreseen. These findings may require that more or different procedures be used. I request and allow my doctors to use the procedures they feel are best to care for me.
2. I may get an anesthetic from a member of the Department of Anesthesiology, a resident, a nurse, or the operating surgeon. My options and the risks/benefits of its use have been made clear to me. I consent to the use of such anesthesia. Restrictions, if any, on the type of anesthetic are noted on page 1 of this form.
3. I understand that blood loss is a risk of the procedure. The benefits, risks and alternatives associated with blood product transfusions have been explained to me, as well as the risks of refusing such transfusions. I understand that any blood products that might be used have been tested for hepatitis, HIV (the cause of AIDS), as well as other pathogens including West Nile Virus. Blood products may or may not have been tested for bacteria before you receive them. Testing greatly reduces, but does not eliminate the possibility that you (the patient) may get these or other infections from a blood transfusion. Other occasional complications include allergic reactions such as hives, chills, fever, and nausea. Other infrequent complications include rapid destruction of transfused blood, fluid excess in the lung, shock, and severe allergic reactions. I acknowledge and understand that this facility may decide, based on my care needs, to transport me to a hospital or other facility if blood product transfusions are needed.
4. I understand that it is the practice at this surgery center and the physicians providing my care to temporarily suspend "do not resuscitate" (DNR) orders and I agree to such suspension.
5. The independent practitioners who have been granted the privilege of using this facility for the care and treatment of patients are not employees or agents of the surgery center. The University of Wisconsin Hospitals and Clinics and its medical staff have service, educational, and research relationships with the University of Wisconsin Madison and other affiliated health care, service and educational institutions. The physicians involved in the care are comprised of medical staff members on the University faculty, residents or fellows in training programs.
6. The practice of medicine, surgery and dentistry is not an exact science. No promises have been made to me about the results of the procedure(s).
7. I consent to have any of the procedure(s) observed, photographed, filmed, televised, or recorded to help improve health care, education or knowledge. I understand that my identity will not be made known by the pictures.
8. I consent to this surgery center keeping or throwing away any tissue or body parts removed during the procedure(s), and for these to be used for research.
9. There may be a need to share or report information about me (the patient), such as HIV, tuberculosis, and other diseases to places such as the state health department.