

Patient Name

DOB:

MR #

Madison Surgery Center

1 S. Park Street-3<sup>rd</sup> Floor, Madison, WI 53715

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS –  
EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE  
DE LENTE INTRAOCULAR**

Index to Consent – Treatment/Procedures – Surgical

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (Name of the Patient): \_\_\_\_\_

Procedimiento(s) (Procedure(s)): \_\_\_\_\_ Extracción de Catarata con Implante de Lente Intraocular

Yo solicito y autorizo que (I request and authorize) \_\_\_\_\_ realice en el Paciente el/los procedimiento(s) descrito(s) arriba. Yo entiendo que otros doctores, residentes y/o proveedores de práctica avanzada podrían realizar algunas porciones del procedimiento(s).

Lado quirúrgico planeado (si aplica): Lateralidad  DERECHO (Right)  IZQUIERDO (Left)  BILATERAL

Una copia de la parte frontal de este formulario es usada como consentimiento para **productos de sangre y otros servicios** descritos en el reverso a menos que se indique lo contrario.

Al firmar, Yo estoy de acuerdo en que (1) Yo he leído **este formulario completo**, (2) Yo entiendo el formulario y la información que me proporciona el doctor o proveedor de práctica avanzada, (3) Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado satisfactoriamente, y, (4) Yo doy mi consentimiento para la ejecución del procedimiento(s) enumerado(s) arriba en el Paciente. Me han puesto en claro los riesgos y los beneficios del procedimiento(s) y otras opciones de tratamiento. También me han dicho lo que pudiese pasar si el Paciente no se realiza el procedimiento(s).

**FIRMAS AUTORIZANTES (AUTHORIZING SIGNATURES):**

Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
(Signature of Patient/Representative) (Date) (Time)

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.  
(If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.)

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Print Name) (Relationship)

- El Paciente es:  Menor de edad (Minor)  Incompetente / Incapacitado (Incompetent/Incapacitated)
- Autoridad Legal:  Tutor Legal (Legal Guardian)  Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor)
- Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)  Otro: \_\_\_\_\_ (Other)

Physician Signature\*: \_\_\_\_\_ Print Physician Name\*: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Pager#: \_\_\_\_\_

Firma del Intérprete o Lector (si es pertinente)

Firma del Testigo\*\* (Witness Signature\*\*)

Nombre del Intérprete o Lector en Letra de Molde

Nombre del Testigo en Letra de Molde (Print Witness Name)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora (Time)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora (Time)

\* Provider can be Physician or Advanced Practice Provider performing the procedure.

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

Patient Name

DOB:

MR #

Madison Surgery Center

1 S. Park Street-3<sup>rd</sup> Floor, Madison, WI 53715

**CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS –  
EXTRACCIÓN DE CATARATA CON IMPLANTE  
DE LENTE INTRAOCULAR**

Index to Consent – Treatment/Procedures – Surgical

**Un doctor o proveedor de práctica avanzada me ha aclarado a mí/el Paciente:**

- lo que me le van a realizar el Paciente,
- cualquier inquietud,
- otras opciones de tratamiento,
- resultados posibles,
- lo que pudiese suceder si el Paciente no se hace tratamiento,
- los riesgos, tales como pérdida severa de sangre, infección, ataque cardíaco, lesiones serias o muerte que pueden suceder por causas tanto conocidas como desconocidas.

**Me han indicado y yo entiendo y estoy de acuerdo en que:**

1. **Otras pruebas/tratamientos posibles:** Antes, durante o después de la cirugía o procedimiento(s) enumerado(s) arriba, el Paciente pudiese tener o el doctor o proveedor de práctica avanzada pudiese encontrar nuevos problemas que no pudiesen haber sido previstos. Estos hallazgos pudiesen resultar en la necesidad de más o diferentes pruebas y tratamientos. Yo solicito que los doctores/proveedores de práctica avanzada hagan lo que ellos piensen que es mejor para diagnosticar y/o tratar al Paciente.
2. **Anestesia/Sedación:** El Paciente pudiese recibir anestesia y/o sedación de parte un residente, anestesista, anesthesiólogo o del doctor o proveedor de práctica avanzada que está operando. Me han aclarado las opciones, riesgos y beneficios del uso de anestesia y/o sedación y yo he dado mi consentimiento para su uso.
3. **Transfusiones de productos sanguíneos:** El Paciente puede necesitar una transfusión de productos sanguíneos durante el tratamiento. Me han explicado con claridad los beneficios y los riesgos de las transfusiones de productos sanguíneos. También conozco los riesgos que conlleva el no recibir productos sanguíneos. Los productos sanguíneos han sido analizados para la hepatitis, el VIH (la causa del SIDA), y otros patógenos tales como el Virus del Nilo Occidental. Los productos sanguíneos pueden haber sido o no analizados para bacteria antes de que el Paciente los reciba. El análisis ayuda pero no significa que el Paciente no vaya a contraer estas u otras infecciones. Si el Paciente recibe sangre, existe la probabilidad de tener reacciones alérgicas. Los síntomas pueden incluir ronchas, escalofríos, fiebre, y náusea. En raras ocasiones, las personas pueden experimentar destrucción rápida de la sangre transfundida, fluido extra en el pulmón, shock, y reacciones más severas. Si la salud del Paciente lo permite, el Paciente puede donar su propia sangre con antelación para usarla más adelante. El donar la sangre de uno mismo conlleva riesgos. También es posible que no cumpla todos los requisitos de la transfusión.
4. **Suspensión de la orden de “No Reanimar”:** Yo entiendo que la práctica de este centro de cirugía y de los médicos que me están atendiendo es la de suspender temporalmente las ordenes de “no reanimar” (DNR por sus siglas en inglés) y estoy de acuerdo con dicha suspensión.
5. **Proveedores médicos:** UW Health se asocia con La Escuela de Medicina y Salud Pública de La Universidad de Wisconsin y otros sistemas de atención médica y escuelas. Los proveedores que atienden al Paciente pudiesen ser personal del cuerpo docente, residentes, fellows o estudiantes en programas relacionados con la salud de la Escuela de Medicina y Salud Pública de La Universidad de Wisconsin.
6. **Sin garantía de resultados:** La práctica de la medicina, cirugía y la dentistería no es una ciencia exacta. No me han hecho promesas acerca de los resultados del procedimiento(s).
7. **Compartir información:** Pudiese existir la necesidad de compartir información acerca del Paciente, tal como VIH, tuberculosis y otras enfermedades con sitios tales como el departamento de salud estatal.
8. **Compartir fotos/otros:** El/los procedimiento(s) podrían ser observados, fotografiados, filmados, televisados, o grabados. Esto se haría para mejora del rendimiento, educación, o investigación.
9. **Tejido o partes del cuerpo:** Cualquier tejido o parte del cuerpo extraída durante el/los procedimiento(s) podría mantenerse, desecharse y/o usarse para investigación.

Patient Name:

DOB:

MR #:

**Madison Surgery Center**  
**1 S. Park Street-3<sup>rd</sup> Floor, Madison, WI 53715**  
**CONSENT TO PROCEDURES – CATARACT**  
**REMOVAL WITH INTRAOCULAR LENS**  
**IMPLANTATION**

Index to Consent – Treatment/Procedures – Surgical

Date: \_\_\_\_\_

Name of the Patient: See Spanish Version

Procedure(s): Cataract Removal with Intraocular Lens Implantation

See Spanish Version

I request and authorize See Spanish Version to perform the procedure(s) described above on the Patient. I understand that other doctors, residents, and/or advance practice providers may perform some portions of the procedure(s).

Planned surgical side (if applicable): Laterality     RIGHT     LEFT     BILATERAL

A copy of the front side of this form is used as consent for **blood products and other services** described on the back of the form unless noted above.

By signing, I agree that (1) I have read this **entire form**, (2) I understand the form and information given to me by the doctor or advance practice provider, (3) I have had the chance to ask questions and have had them answered, and I understood the answers, (4) I consent to the performance of the procedure(s) listed above on the Patient. The risks and benefits of the procedure(s) and other treatment options have been made clear to me. I have also been told what may happen if the Patient does not have the procedure(s).

**AUTHORIZING SIGNATURES:**

Signature of Patient/Representative <u>See Spanish Version</u> Date: <u>See Spanish Version</u> Time: <u>See Spanish Version</u>	
If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do to.	
Print Name: <u>See Spanish Version</u> Relationship: <u>See Spanish Version</u>	
• Patient is:	<input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Incompetent/Incapacitated
• Legal Authority:	<input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Parent of Minor
	<input type="checkbox"/> Health Care Agent <input type="checkbox"/> Other: _____
Physician Signature*: <u>See Spanish Version</u> Print Physician Name*: <u>See Spanish Version</u>	
Date: <u>See Spanish Version</u> Time: <u>See Spanish Version</u> Pager#: <u>See Spanish Version</u>	
<u>See Spanish Version</u>	<u>See Spanish Version</u>
Interpreter or Reader Signature (if applicable)	Witness Signature**
<u>See Spanish Version</u>	<u>See Spanish Version</u>
Print Interpreter or Reader Name	Print Witness Name
<u>See Spanish Version</u>	<u>See Spanish Version</u>
Date	Date
Time	Time
* Provider can be Physician or Advanced Practice Provider performing the procedure.	
** Only required if patient signature not obtained by physician or when telephone consent obtained.	

Patient Name:

DOB:

MR #:

**Madison Surgery Center**  
**1 S. Park Street-3<sup>rd</sup> Floor, Madison, WI 53715**  
**CONSENT TO PROCEDURES – CATARACT**  
**REMOVAL WITH INTRAOCULAR LENS**  
**IMPLANTATION**

Index to Consent – Treatment/Procedures – Surgical

**A doctor or advance practice provider has made clear to me/the Patient:**

- what the Patient is having done,
- any concerns,
- other options for treatment,
- possible outcomes,
- what may happen if the Patient is not treated,
- the risks such as severe loss of blood, infection, cardiac arrest, serious injury or death that can happen from both known and unknown causes.

**I have been told and I understand and agree that:**

1. **Other possible tests/treatments:** Before, during, or after the surgery or procedure(s) listed above, the Patient may have, or the doctor or advance practice provider may find new problems that could not be foreseen. These findings may mean that more or other tests or treatments are needed. I ask that the Patient's doctors/advance practice providers do what they feel is best to diagnose and/or treat the Patient.
2. **Anesthesia/sedation:** The Patient may receive anesthesia and/or sedation from anesthesiologists, residents, anesthesiologists or from the operating doctors or advance practice providers. The options, risks and benefits of the use of anesthesia and/or sedation have been made clear to me and I consent to its use.
3. **Blood product transfusions:** The Patient may need to have blood products transfused during treatment. The benefits and risks of blood product transfusions have been made clear to me. I also know the risks of not getting blood products. The blood products have been tested for hepatitis, HIV (the cause of AIDS), and other pathogens such as West Nile Virus. Blood products may or may not have been tested for bacteria before the Patient gets them. Testing helps but does not mean that the Patient will not get these or other infections. If the Patient gets blood, there is a chance of allergic reactions. Symptoms may include hives, chills, fever, and nausea. Rarely, people can have rapid damage of the transfused blood, extra fluid in the lung, shock, and more severe reactions. If the Patient's health permits, the Patient may donate the Patient's own blood ahead of time to be used later. Giving one's own blood is not free of risk. It also may not meet all transfusion requirements.
4. **Suspending "no CPR" order:** 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. **Care providers:** UW Health partners with the University of Wisconsin School of Medicine and Public Health as well as other health care systems and schools. The providers caring for the Patient may be University of Wisconsin School of Medicine and Public Health faculty, residents, fellows, or students in allied health programs.
6. **No guarantee of outcomes:** 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. **Sharing information:** There may be a need to share information about the Patient, such as HIV, tuberculosis, and other diseases with places such as the state health department.
8. **Photos/other sharing:** The procedure(s) may be watched, photographed, filmed, televised, or recorded. This would be done for performance improvement, education, or research.
9. **Tissue or body parts:** Any tissue or body parts removed during the procedure(s) may be kept, thrown away, and/or used for research.