

Patient Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

Index to Treatment/Procedures – Surgical

Fecha: _____

Madison Surgery Center

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

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

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 "Mí Mismo")

Extracción de Catarata con Implante de Lente Intraocular

Cuando está planeado que el procedimiento se realice en un lado del cuerpo, marque aquí el lado planeado:

DERECHO (RIGHT) IZQUIERDO (LEFT)

He leído la página 2 de este formulario y he tachado, limitado, o realizado los siguientes cambios: _____

Al firmar, 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 explicado los riesgos que conlleva no tener el procedimiento y estoy de acuerdo con proceder.

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.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Madison Surgery Center

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

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

Index to Treatment/Procedures – Surgical

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 puede 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 realicen 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 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.
4. 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 Hospital and Clinics*) y su personal médico tiene relaciones de servicio, educacionales, y de investigación con la Universidad de Wisconsin-Madison y otras instituciones médicas de servicio y educaciones afiliadas. 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.
5. 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).
6. 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.
7. 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.
8. 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 #: _____

Index to Treatment/Procedures – Surgical

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

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")

Cataract Removal with Intraocular Lens Implantation

When the procedure is planned for one side of the body, check the planned side here: RIGHT LEFT

I have read page 2 of this form and have crossed out, limited, or made the following changes: _____

By signing, 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. The risks of not having the procedure have also been explained to me and I agree to proceed.

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.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Treatment/Procedures – Surgical

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

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 it is the practice of this surgery center and the physicians providing my care to temporarily suspend "do not resuscitate" (DNR) orders and I agree to such suspension.
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. 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.
8. 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.