

# CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del profesional:

practicaré en OHSU Tuality Healthcare.

Es posible que otros profesionales asistan con el(los) procedimiento(s) según sea necesario. El(los) siguiente(s) profesional(es) desempeñarán el procedimiento quirúrgico importante (si lo hubiere). **Cualquier circunstancia imprevista puede exigir el cambio de asistencia en el momento del procedimiento:**

**El médico o practicante me ha explicado, de una forma que entiendo, el procedimiento o tratamiento planificado, los beneficios anticipados, los riesgos materiales o posibles problemas que puedan ocurrir durante el procedimiento o tratamiento o durante la recuperación, así como las probabilidades de lograr nuestros objetivos. También me ha hablado sobre terapias alternativas, incluso sin tratamiento, y sobre los beneficios anticipados y posibles riesgos de esos tratamientos alternos. Los siguientes son algunos de los riesgos o inquietudes de las que hablamos.**

**Es posible que existan procedimientos, tratamientos o terapias alternativas que pueden incluir, entre otras:** Ningún tratamiento en lo absoluto, tomografía computarizada cardíaca, resonancia magnética cardíaca, cateterismo cardíaco.

**Los riesgos del(de los) procedimiento(s) pueden incluir, entre otros:** Incomodidad en el pecho, dificultad para respirar, hipertensión o hipotensión, arritmias supraventriculares (hasta del 6%), arritmias ventriculares (hasta del 25%), paro cardíaco o muerte (0.04%). Además, para los medicamentos vasodilatadores: dolor de cabeza, enrojecimiento, sibilancia, presión en el pecho, náusea.

## Seleccionar el procedimiento a realizar:

- Prueba de esfuerzo en caminadora (ergometría).
- Ecocardiografía de estrés con ejercicio.
- Dobutamine Stress Echocardiogram.
- Ecocardiografía de perfusión miocárdica con el vasodilatador Regadenoson.
- Prueba de esfuerzo con radioisótopos y:
  - Ragadenoson.
  - Adenosina.
  - Dobutamina.
  - Prueba de esfuerzo cardiopulmonar.

## Marque lo que corresponda:

- Entiendo que tal vez esté presente el representante de una empresa proveedora durante mi procedimiento/cirugía como recurso para los productos que se utilicen durante el procedimiento.
- Es posible que sea necesaria una transfusión de sangre durante o después del(de los) procedimiento(s) y doy mi consentimiento para recibir sangre o productos sanguíneos según lo considere necesario y adecuado mi profesional de la salud.
- Me rehúso a recibir productos sanguíneos aunque ello resulte en la muerte o una seria discapacidad.

## Marque uno:

- Mi profesional de la salud me ha explicado mi(s) procedimiento(s), incluso su naturaleza y finalidad, posibles beneficios, riesgos materiales, incluso los relacionados con la recuperación y las probabilidades de lograr tratamientos terapéuticos, objetivo(s), y me preguntó si quería una explicación más detallada, pero estoy satisfecha con la explicación y no quiero más información. Doy mi consentimiento y permiso para el(los) procedimiento(s).
- Solicité y recibí más explicación del(los) procedimiento(s) con lujo de detalle, sobre otro(s) procedimiento(s) o método(s) alternos de tratamiento e información sobre los riesgos materiales y beneficios del(los) procedimiento(s) o tratamiento(s). Doy mi consentimiento y permiso para el(los) procedimiento(s).

Firma del paciente o su representante autorizado:

Testigo:

Fecha:

## Le expliqué el(los) procedimiento(s) anterior(es) al paciente o su representante autorizado.

Firma del profesional:

Fecha:

Su nombre en letra de molde:

Hora: