Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Autorización para Punción Lumbar
Authorization for Lumbar Puncture

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar una punción lumbar.

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización, y/o llevando a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en el procedimiento/tratamiento de arriba.

Se me ha explicado en conexión con el procedimiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito del procedimiento; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles del procedimiento propuesto, incluyendo el riesgo de que el procedimiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; y (iii) las alternativas al procedimiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la punción lumbar, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

Aproximadamente 5 - 10% de los pacientes que se somete a una punción lumbar puede presentar dolor de cabeza. Rara vez, se puede presentar infección y hemorragia.

_____ Iniciales del paciente

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre el procedimiento propuesto.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ Firmado: _____
MD, APRN, PA (Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____
Intérprete

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [□] PORQUE:

_____ Fecha: _____ Hora: _____
MD, APRN, PA

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Testigo