



**Autorización para Cirugía y/o Procedimiento/Tratamiento Especial
para receptor de riñón PEDIÁTRICO**

PEDIATRIC Kidney Recipient

Yo, la persona que firma debajo, soy el padre/la madre o el representante legal autorizado del menor mencionado debajo (mi "hijo(a)") y por la presente autorizo a los **Drs. Hull, Brown, Rally, y Shames** a que realicen la siguiente cirugía y/o procedimiento/tratamiento especial: **receptor de trasplante de riñón**, y si corresponde, también autorizo a los **Drs. Hull, Brown, Rally y Shames** a que actúen como su asistente con el propósito de llevar a cabo las siguientes tareas médico-quirúrgicas significativas como parte de la cirugía y/o del procedimiento /tratamiento especial: **receptor de trasplante de riñón** a _____.
(nombre o nombre del paciente)

Entiendo que el Hospital es un centro de educación y enseñanza médica para graduados y que los internos, los residentes y/o estudiantes de medicina también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización de la cirugía y/o el procedimiento/tratamiento especial especificado arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace la cirugía y/o procedimiento/tratamiento especial indicado arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito de la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto; (ii) los riesgos y consecuencias razonablemente previsibles de la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto, incluyendo el riesgo de que la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), las alternativas a la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto y los riesgos y beneficios razonablemente previsibles asociados a tales alternativas; (iv) la posible necesidad y los riesgos razonablemente previsibles de la transfusión de sangre y productos de la sangre y (v) las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre y sus riesgos razonablemente previsibles. Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía y/o procedimiento especial, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles: **riesgos de la anestesia, neumonía, insuficiencia o disfunción del órgano donado con la posible necesidad de diálisis, infección de la herida, infección sistémica, coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, obstrucción o perforación intestinal, ataque cardíaco, complicaciones técnicas del órgano trasplantado en los vasos sanguíneos o el uréter con la necesidad de repetir la operación, hemorragia, acumulación de líquidos y muerte.**

Iniciales del paciente ()

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos arriba, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero que no están listados arriba. 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, que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto, y que puedo rehusar el trasplante para mi hijo(a) o la persona que represento legalmente en cualquier momento sin ningún perjuicio.

Accedo al uso de anestesia y/o sedación/analgesia según se requiera, y si corresponde, a la eliminación de cualquier tejido que se extirpe. También autorizo a los médicos indicados arriba a que hagan lo que sea necesario en caso de que se presente alguna condición imprevista durante el transcurso del tratamiento y/o el procedimiento especial.

También autorizo al Hospital y al médico o médicos mencionados arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de las imágenes de mi hijo(a) o la persona que represento legalmente para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen su identidad. Accedo a que Hartford Hospital se deshaga de todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

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

