White Plains Hospital Center

WHITE PLAINS, NEW YORK 10601

Consent and Authorization for Surgery and/or Other Procedures

ADDRESSOGRAPH

1. I, the undersigned, hereby authorize and request Dr. ..... and his/her assistant ..... to perform the following procedure(s)

.....

.....

(nature and extent of procedure(s) in layman's language)

upon .....

(myself or name of patient)

2. It has been explained to me that during the course of the above described procedure(s) unforeseen conditions may be revealed that necessitate an extension of the original procedure(s) or different procedures than those set forth above. I therefore authorize and request that the above named physician, perform such procedure(s) as are necessary and desirable in the exercise of their professional judgment. This authority shall extend to remedying all conditions that require treatment and are not known to the above physician(s) at the time the procedure(s) is (are) commenced.

3. Realizing that procedures by modern methods require the cooperation of numerous technicians, assistants, nurses, and other personnel, I further give consent to ministrations and medical and/or surgical procedures by all such qualified personnel, working under the supervision of the White Plains Hospital Center before, during and after the procedure(s) to be performed.

4. I further consent to the administration of pharmaceutical products, infusions, transfusion of blood or blood components, injections, and intravenous medications and/or other therapeutic solutions deemed necessary or advisable in the judgment of the above named physician(s).

5. I further consent to the examination, photographing, storage and disposal of any and all tissues, and fluids in keeping with the usual and customary hospital policy. This includes major specimens such as organs and limbs.

6. I certify that the nature, purpose, possible risk(s) and/or complications of the procedure(s) described above, and the possible alternative methods of treatment have been fully explained to me by Dr. ..... and I fully understand the same.

7. I further certify that I have read the above or that it has been read to me and I fully understand the consent given herein. I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and I also certify that no guarantee or assurance has been made or implied as to the beneficial results that may be obtained as a result of the procedure(s).

DATE: ..... TIME: ..... a.m. p.m. PATIENT: .....

(Signature)

WITNESS: .....

(Signature)

WHEN CONSENT IS GIVEN BY OTHER THAN THE PATIENT (i.e. if patient is a minor, unconscious, incapable of signing, or incompetent to give consent) STATE REASON AND HAVE PERSON GIVING CONSENT SIGN BELOW:

.....

WITNESS: ....

(Signature) *(Signature)*

RELATIONSHIP TO PATIENT: .....

I certify that I have personally discussed the nature, purpose, and risks of the above operation or treatment, as well as possible alternatives with the person signing the above and I am satisfied that he/she understands them.

WSURGCONSENT

.....

(Signature of Physician Providing Explanation)

White Plains Hospital Center

WHITE PLAINS, NEW YORK 10601

Consentimiento y autorización para cirugía u otro procedimiento

ADDRESSOGRAPH

1. Yo, la persona que firma abajo, por medio de la presente solicito y autorizo al Dr..... y

   su asistente ..... a llevar a cabo el siguiente procedimiento(s)

   .....

   .....

   (naturaleza y extensión del procedimiento(s) en palabras sencillas)

   en.....

   (mi persona o el nombre del paciente)

2. Se me explicó que durante el curso del o los procedimientos mencionados pueden surgir padecimientos inesperados que requieran que el procedimiento original se extienda o que se realicen otros procedimientos distintos a los ya mencionados. Por lo tanto, autorizo y solicito al médico ya mencionado para que lleve a cabo los procedimientos que sean necesarios y deseables de acuerdo con su juicio profesional. Esta autoridad se extenderá para remediar todos los padecimientos que requieran tratamiento y que son desconocidos para el médico mencionado al momento de comenzar el o los procedimientos.

3. Se sabe que los procedimientos por métodos modernos necesitan de la cooperación de varios técnicos, asistentes, enfermeras(os) u otro personal, por lo tanto, también doy mi consentimiento a todo el personal calificado que trabaje bajo la supervisión del White Plains Hospital Center, para que me administren cuidados y procedimientos médicos o quirúrgicos antes, durante y después de que se lleve a cabo el procedimiento.

4. También doy mi consentimiento para la administración de productos farmacéuticos, infusiones, transfusiones sanguíneas o de sus componentes, inyecciones, medicamentos intravenosos y otras soluciones terapéuticas que se consideren necesarias o aconsejables a juicio del médico(s) ya mencionado.

5. Además doy mi consentimiento para la examinación, fotografía, almacenamiento y deshecho de cualquier tejido o fluido de conformidad con la política usual y habitual del hospital. Esto incluye muestras grandes como órganos y miembros.

6. Certifico que la naturaleza, el propósito, los probables riesgos o complicaciones del procedimiento(s) descrito antes y los posibles métodos alternativos de tratamiento me los explicó el Dr..... y los comprendo por completo.

7. También certifico que leí lo anterior o que me lo leyeron y que comprendo el consentimiento dado en el presente documento. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y también certifico que no se me ha garantizado ni asegurado nada no se me ha insinuado nada sobre los resultados benéficos que se puedan obtener como resultado del procedimiento(s).

FECHA: ..... HORA: ..... a.m. p.m. PACIENTE: .....

(Firma)

TESTIGO: .....

(Firma)

CUANDO EL CONSENTIMIENTO LO DA OTRA PERSONA QUE NO ES EL PACIENTE (por ejemplo, si el paciente es menor de edad, está inconsciente o es incapaz de firmar o dar su consentimiento) INDIQUE EN LAS SIGUIENTES LÍNEAS LA RAZÓN Y ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO:

.....

TESTIGO:..... .....

(Firma) *(Firma)*

PARENTESCO CON EL PACIENTE:.....

Declaro que personalmente hable de la naturaleza, propósito y riesgos de la operación o tratamiento anterior, así como de las posibles alternativas con la persona que firma y que considero que él o ella los comprendió.

WSURGCONSENT

.....

(Firma del médico que da la explicación)