

TABLES & GRAPHICS

Graphic images included in rules are published separately in this tables and graphics section. Graphic images are arranged in this section in the following order: Title Number, Part Number, Chapter Number and Section Number.

Graphic images are indicated in the text of the emergency, proposed, and adopted rules by the following tag: the word "Figure" followed by the TAC citation, rule number, and the appropriate subsection, paragraph, subparagraph, and so on.

Figure: 25 TAC §604.1(a)(1)

**DISCLOSURE AND CONSENT
Medical Care and Surgical Procedures**

TO THE PATIENT: You have the right to be informed about 1) your condition, 2) the recommended medical care or surgical procedure, and 3) the risks related to this care/procedure. This disclosure is designed to provide you this information, so that you can decide whether to consent to receive this care/procedure. Please ask your physician/health care provider any remaining questions you have before signing this form.

Description of Medical Care and Surgical Procedure(s)

I voluntarily request my physician/health care provider [name/credentials]

_____, and other health care providers, to treat my condition which is:

I understand that the following care/procedure(s) are planned for me:

Potential for Additional Necessary Care/Procedure(s)

I understand that during my care/procedure(s) my physician/health care provider may discover other conditions which require additional or different care/procedure(s) than originally planned.

I authorize my physicians/health care providers to use their professional judgment to perform the additional or different care/procedure(s) they believe are needed.

Use of Blood

Please initial "Yes" or "No":

_____ Yes _____ No

I consent to the use of blood and blood products as necessary for my health during the care/procedure(s). The risks that may occur with the use of blood and blood products are:

1. Serious infection including but not limited to Hepatitis and HIV which can lead to organ damage and permanent impairment.
2. Transfusion related injury resulting in impairment of lungs, heart, liver, kidneys, and immune system.
3. Severe allergic reaction, potentially fatal.

Risks Related to this Care/Procedure(s)

Just as there may be risks and hazards to my health without treatment, there are also risks and hazards related to the care/procedure(s) planned for me.

I understand that all care/procedure(s) involve some risks, ranging from minor to severe. These risks include infection, blood clots in veins, lungs or other organs, hemorrhage (severe bleeding), allergic reactions, poor wound healing, and death.

The chances of these occurring may be different for each patient based on the care/procedure(s) and the patient's current health.

Risks of this care/procedure(s) include, but are not limited to **[include List A risks here and additional risks if any]**:

Granting of Consent for this Care/Procedure(s)

In signing below, I consent to the care/procedure(s) described above. I acknowledge the following:

- I understand this care/procedure(s) does not guarantee a result or a cure to my condition.
- I have been given an opportunity to ask questions I may have about:
 1. Alternative forms of treatment,
 2. Risks of non-treatment,
 3. Steps that will occur during my care/procedure(s), and
 4. Risks and hazards involved in the care/procedure(s).
- I believe I have enough information to give this informed consent.
- I certify this form has been fully explained to me and the blank spaces have been filled in.
- I have read this form or had it read to me.
- I understand the information on this form.

If any of those statements are not true for you, please talk to your physician/health care provider before continuing.

Patient/Other Legally Authorized Representative (signature required):

_____ Signature

 Print Name

If Legally Authorized Representative, list relationship to Patient:

Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

Witness:

_____ Signature

 Print Name

_____ Address (Street or P.O. Box)

_____ City, State, Zip Code

CONSENTIMIENTO MÉDICO INFORMADO
Atención médica y procedimientos quirúrgicos

AL PACIENTE: Usted tiene derecho a que se le informe sobre: 1) su enfermedad, 2) la atención médica o procedimiento quirúrgico recomendado, y 3) los riesgos relacionados con dicha atención o procedimiento. Le presentamos esta información con el fin de que usted pueda tomar la decisión de dar o no dar su consentimiento para recibir esta atención médica o procedimiento quirúrgico. Le exhortamos a que consulte con su médico o proveedor médico sobre cualquier pregunta que pueda tener antes de firmar este formulario.

Descripción de la atención médica o procedimiento quirúrgico

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico
[nombre/credenciales]

_____, así como a otros proveedores médicos, que den el
tratamiento necesario a mi enfermedad, a saber:

Quedo enterado de que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o
procedimiento quirúrgico:

**Otras atenciones médicas o procedimientos quirúrgicos que podrían ser
necesarios**

Comprendo que, durante las atenciones o procedimientos quirúrgicos que yo reciba,
mi médico o proveedor médico podría descubrir otros problemas que requieran
atenciones o procedimientos adicionales o distintos a los que originalmente se
previeron.

Autorizo a mis médicos o proveedores médicos a usar su criterio profesional para realizar las atenciones o procedimientos adicionales o distintos que consideren necesarios.

El uso de sangre

Por favor, escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":

____ Sí ____ No

Doy mi consentimiento para que se use sangre y hemoderivados, según sea necesario para mi buena salud, durante la atención médica o los procedimientos quirúrgicos. Existe el riesgo de que, con el uso de sangre o hemoderivados, se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Una infección grave, como hepatitis o una ocasionada por el VIH, entre otras, que podría provocar un daño orgánico y un deterioro permanente.
2. Daños relacionados con la transfusión que podrían lesionar los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunitario.
3. Una reacción alérgica grave, que podría ser mortal.

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con la atención médica o procedimiento quirúrgico que se tiene previsto realizarme.

Comprendo que toda atención médica o procedimiento quirúrgico supone también ciertos riesgos, que pueden ser de menores a graves. Entre estos riesgos se cuentan: infección; formación de coágulos sanguíneos en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado intenso); reacciones alérgicas; mala cicatrización de las heridas, o la muerte.

Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento quirúrgico y del estado de salud del paciente.

Los riesgos de esta atención médica o procedimiento quirúrgico incluyen, entre otros **[Incluya aquí los riesgos de la Lista A y riesgos adicionales si los hay]:**

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con el paciente:

Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Testigo:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (calle o apartado postal)

Ciudad, estado, código postal

Figure: 25 TAC §604.2(1)

**DISCLOSURE AND CONSENT FOR
RADIATION THERAPY**

TO THE PATIENT: You have the right to be informed about 1) your condition, 2) the recommended radiation therapy procedure to be used to treat your condition, and 3) the risks related to the radiation therapy procedure. This disclosure is designated to provide you this information, so that you can decide whether to consent to receive the recommended procedure. Please ask your physician/healthcare provider any remaining questions you have before signing this form.

Description of Radiation Therapy Procedure(s)

I voluntarily request my physician [name/credentials]

_____ and other health care providers to treat my condition which is:

_____.

I understand that the following radiation therapy procedure(s) are planned for me (specify technique and site):

_____.

I understand that my condition may be treated with external beam radiation therapy alone, with internal radiation implant alone or with both or in planned combination with surgery and/or chemotherapy.

I agree to the taking of photographs or placing of tattoo or skin marks on me if necessary for treatment.

Risks Related to Radiation Therapy Procedure(s)

Just as there may be risks and hazards to my health without treatment, there are also risks and hazards related to the procedure(s) planned for me. The chances of these occurring may be different for each patient based on the procedure(s) and the patient's current health.

INITIAL ONE:

I understand that radiation can be harmful to the unborn child.

I am I could be I am not pregnant.

INITIAL IF APPLICABLE:

I HAVE AN IMPLANTED ELECTRONIC DEVICE (such as a pacemaker, defibrillator or nerve stimulator). I understand radiation to the device can cause malfunction of the device.

I understand that the risks from radiation therapy may occur during or shortly after the course of treatment ("early reactions"), or sometime later ("late reactions"). The risks may be temporary or permanent.

These risks may be made worse if you have received chemotherapy or surgery before, during or after radiation therapy or if you had radiation therapy before to the same area. Risks or early and late reactions which could occur as a result of the procedure(s) are listed below. With few exceptions, these reactions affect only the areas of the body actually receiving the radiation therapy.

Risks for this specific part of the body receiving radiation therapy, which are divided into early and late reactions, include, but are not limited to **[include List A risks here and additional risks if any]:**

Granting of Consent for Radiation Therapy Procedure(s)

By signing below, I consent to the radiation therapy procedure(s) described above. I acknowledge the following:

- I understand this procedure(s) does not guarantee a result of a cure to my condition.
- I have been given an opportunity to ask questions I may have about:
 1. Alternative forms of treatment,
 2. Risks of non-treatment,
 3. Steps that will occur during my procedure(s), and
 4. Risks and hazards involved in the procedure(s).
- I believe I have enough information to give this informed consent.
- I certify this form has been fully explained to me and the blank spaces have been filled in.
- I have read this form or had it read to me.
- I understand the information on this form.

If any of those statements are not true for you, please talk to your physician/health care provider before continuing.

Patient/Other Legally Authorized Representative (signature required):

Print Name

Signature

If Legally Authorized Representative, list relationship to Patient:

Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

Witness:

Print Name

Signature

Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Code

Figure: 25 TAC §604.2(2)

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
PARA RECIBIR RADIOTERAPIA**

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho a ser informado sobre 1) su enfermedad, 2) el procedimiento de radioterapia recomendado para tratar su enfermedad y 3) los riesgos relacionados con el procedimiento de radioterapia. La información que aquí presentamos tiene como fin que usted pueda tomar la decisión de dar o no su consentimiento para recibir esta atención o procedimiento médicos. Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor

Descripción de los procedimientos de radioterapia

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor de atención médica

[nombre/acreditaciones] _____, así como a otros proveedores de atención médica, que den tratamiento a mi enfermedad que es:

_____.

Entiendo que se han planeado para mí los siguientes procedimientos de radioterapia (especifique la técnica y el lugar):

_____.

Entiendo que mi enfermedad puede ser tratada solo con radioterapia externa, solo con implante, de radiación interna o con ambas, o en combinación con una cirugía o quimioterapia.

Estoy de acuerdo con la toma de fotografías o la colocación de tatuajes o marcas en mi piel si es necesario para el tratamiento.

_____.

Riesgos relacionados con el procedimiento de radioterapia

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con el tratamiento o procedimiento que se tiene planeado realizarme. Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento y del estado de salud actual del paciente.

PONER SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

Entiendo que la radiación puede ser perjudicial para el bebé en desarrollo.

Estoy Podría estar No estoy embarazada.

INICIALES SI CORRESPONDE:

TENGO UN DISPOSITIVO ELECTRÓNICO IMPLANTADO (como un marcapasos, un desfibrilador o un estimulador neural). Entiendo que la radiación aplicada al dispositivo puede causar un mal funcionamiento del mismo.

Entiendo que los riesgos de la radioterapia pueden ocurrir durante el tratamiento o poco después (reacciones tempranas) o algún tiempo después (reacciones tardías). Los riesgos pueden ser temporales o permanentes.

Estos riesgos pueden empeorar si usted ha recibido quimioterapia o cirugía antes, durante o después de la radioterapia o si ha recibido radioterapia anteriormente en la misma área. A continuación, se enumeran los riesgos o las reacciones tempranas y tardías que podrían producirse como consecuencia del procedimiento o procedimientos. Con pocas excepciones, estas reacciones solo afectan a las áreas del cuerpo que realmente reciben la radioterapia.

Los riesgos para esta parte específica del cuerpo que recibe radioterapia, que se dividen en reacciones tempranas y tardías, incluyen, entre otros [**incluya aquí los riesgos de la Lista A y los riesgos adicionales si los hay**]:

Dar consentimiento para el procedimiento de radioterapia

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos de radioterapia descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Entiendo que estos procedimientos médicos no garantizan la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:
 1. Tratamientos alternativos
 2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento.
 3. Los pasos que se darán durante los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que me someta, y
 4. Los riesgos y peligros que conllevan los procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
- Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que sus espacios en blanco han sido llenados.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
- Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las declaraciones anteriores no es aplicable a usted, comuníquese con su médico o proveedor de atención médica antes de continuar.

El paciente / Otro representante legalmente autorizado (es obligatoria la firma):

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con el paciente:

Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Testigo:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (calle o apartado postal)

Ciudad, estado, código postal

Figure: 25 TAC §604.4(1)

**DISCLOSURE AND CONSENT FOR
HYSTERECTOMY**

TO THE PATIENT: You have the right to be informed about 1) your condition, 2) the recommended medical care or surgical procedure, and 3) the risks related to this care/procedure. This disclosure is designed to provide you this information, so that you can decide whether to consent to receive this care/procedure. Please ask your physician/health care provider any remaining questions you have before signing this form.

Notice: Refusal to consent to a hysterectomy will not result in the withdrawal or withholding of any benefits provided by programs or projects receiving federal funds or otherwise affect your right to future care or treatment.

Notice: You have the right to seek consultation from a second physician before deciding whether or not to consent.

Description of Medical Care and Surgical Procedure(s)

I voluntarily request my physician/health care provider [name/credentials]

_____, and other health care providers, to treat my condition which is:

I understand that the following care/procedure(s) are planned for me:

I understand that a hysterectomy is a removal of the uterus through an incision in the lower abdomen (abdominal hysterectomy) or vagina (vaginal hysterectomy). I understand that the hysterectomy is permanent and not reversible. I understand that I will not be able to become pregnant or bear children.

Potential for Additional Necessary Care/Procedure(s)

I understand that additional surgery may be necessary to remove or repair other organs besides the uterus, including an ovary, tube, appendix, bladder, rectum, or vagina.

I understand during my care/procedure(s) my physician/health care provider may discover other conditions which require additional or different care/procedure(s) than originally planned.

I authorize my physicians/health care providers to use their professional judgment to perform the additional or different care/procedure(s) they believe are needed.

Use of Blood

Please initial "Yes" or "No":

___ Yes ___ No I consent to the use of blood and blood products as necessary for my health during the care/procedure(s). The risks that may occur with the use of blood and blood products are:

1. Serious infection including but not limited to Hepatitis and HIV which can lead to organ damage and permanent impairment.
2. Transfusion related injury resulting in impairment of lungs, heart, liver, kidneys, and immune system.
3. Severe allergic reaction, potentially fatal.

Risks Related to this Care/Procedure(s)

Just as there may be risks and hazards to my health without treatment, there are also risks and hazards related to the care/procedure(s) planned for me.

I understand that all care/procedure(s) involve some risks, ranging from minor to severe. These risks include infection, blood clots in veins, lungs or other organs, hemorrhage (severe bleeding), allergic reactions, poor wound healing, and death.

The chances of these occurring may be different for each patient based on the care/procedure(s) and the patient's current health.

Risks of this care/procedure(s) include, but are not limited to:

- Abdominal or Vaginal Hysterectomy:**
1. Uncontrollable leakage of urine.
 2. Injury to bladder.
 3. Injury to the tube (ureter) between the kidney and the bladder.
 4. Injury to the bowel and/or intestinal obstruction.
 5. Need to convert to abdominal incision.

- For laparoscopically assisted hysterectomy, the additional risks include:**
1. Damage during introduction of trocar to adjacent intra-abdominal structures and organs (e.g., bowel, bladder, blood vessels, or nerves) and potential need for additional surgery.
 2. Trocar site complications (e.g., hematoma, bleeding, leakage of fluid, or hernia formation).
 3. Air embolus (bubble causing heart failure or stroke).
 4. Change during the procedure to an open procedure.
 5. If cancer is present, may increase the risk of the spread of cancer.

ADDITIONAL RISKS OR COMMENTS (line through if none):

Granting of Consent for this Care/Procedure(s)

In signing below, I consent to the care/procedure(s) described above. I acknowledge the following:

- I understand this care/procedure(s) does not guarantee a result or a cure to my condition.
- I have been given an opportunity to ask questions I may have about:
 1. Alternative forms of treatment,
 2. Risks of non-treatment,
 3. Steps that will occur during my care/procedure(s), and
 4. Risks and hazards involved in the care/procedure(s).
- I believe I have enough information to give this informed consent.
- I certify this form has been fully explained to me and the blank spaces have been filled in.
- I have read this form or had it read to me.
- I understand the information on this form.

If any of those statements are not true for you, please talk to your physician/health care provider before continuing.

Name of Person Providing and Explaining Consent Form:

Patient/Other Legally Authorized Representative (signature required):

Print Name

Signature

If Legally Authorized Representative, list relationship to Patient:

Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

Witness:

Print Name

Signature

Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Code

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y OTORGAMIENTO DE
CONSENTIMIENTO PARA UNA HISTERECTOMÍA**

A LA PACIENTE: Usted tiene derecho a que se le informe sobre: 1) su enfermedad, 2) la atención médica o procedimiento quirúrgico recomendados, y 3) los riesgos relacionados con dicha atención o procedimiento. La información que aquí presentamos tiene como fin que usted pueda tomar la decisión de dar o no su consentimiento para recibir esta atención o procedimiento médicos. Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor médico sobre cualquier otra pregunta que pudiera tener.

Aviso: La negativa a dar su consentimiento para someterse a una histerectomía no tendrá como resultado el retiro o la retención de ningún beneficio proporcionado por programas o proyectos que reciban fondos federales, ni afectará el derecho de usted a recibir atención o tratamiento médicos en el futuro.

Aviso: Usted tiene derecho a consultar a otro médico en busca de una segunda opinión antes de decidir si da o no su consentimiento.

Descripción de la atención médica y los procedimientos quirúrgicos

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico

[nombre/credenciales] _____, así como a otros
proveedores médicos, que den tratamiento a mi enfermedad, que es:

Entiendo que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o
procedimientos quirúrgicos:

Entiendo que una histerectomía consiste en la extirpación del útero mediante una incisión en la parte inferior del abdomen (histerectomía abdominal) o a través de la vagina (histerectomía vaginal).

Entiendo que una histerectomía es de carácter permanente e irreversible. Entiendo que después de la histerectomía ya no podré quedar embarazada ni procrear.

Otra atención médica o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios

Entiendo que podría ser necesaria una intervención quirúrgica adicional para extirpar o reparar anomalías en otros órganos aparte del útero, como: los ovarios, las trompas, el apéndice, la vejiga, el recto o la vagina.

Entiendo que durante la atención médica o procedimientos quirúrgicos que yo reciba, mi médico o proveedor médico podría descubrir otros problemas que requieran atención o procedimientos adicionales o distintos a los que originalmente se planearon.

Autorizo a mis médicos o proveedores médicos a usar su criterio profesional para llevar a cabo la atención o procedimientos adicionales o distintos que consideren necesarios.

El uso de sangre

Por favor, escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":

___ Sí ___ No Doy mi consentimiento para que se use sangre y derivados de la sangre, según sea necesario para mi salud durante la atención médica o procedimientos quirúrgicos que se me realicen. Los riesgos que pueden ocurrir con el uso de sangre y derivados de la sangre son:

1. Infección grave, como hepatitis o una ocasionada por el VIH, entre otras, que podría provocar daño orgánico y un deterioro permanente.
2. Daños relacionados con la transfusión que podrían lesionar los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunitario.
3. Una reacción alérgica grave que podría ser mortal.

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con el tratamiento o procedimiento que se tiene previsto realizarme.

Entiendo que toda atención médica o procedimiento quirúrgico supone también ciertos riesgos, que pueden ser de menores a graves. Estos riesgos son: infección; coágulos de sangre en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado grave); reacciones alérgicas; mala cicatrización de las heridas, o la muerte.

Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento quirúrgico y del estado de salud actual de la paciente.

Los riesgos de estos procedimientos médicos o quirúrgicos son, entre otros:

Histerectomía abdominal o vaginal:

1. Derrame incontrolable de la orina.
2. Lesión de la vejiga.
3. Lesión del conducto (uréter) que conecta los riñones con la vejiga.
4. Lesión del intestino u obstrucción intestinal.
5. Necesidad de cambiar durante el procedimiento a una incisión abdominal.

En el caso de una histerectomía asistida por laparoscopia, los riesgos adicionales incluyen:

1. Daño durante la introducción del trocar en las estructuras y órganos intraabdominales adyacentes (por ej., intestino, vejiga, vasos sanguíneos o nervios) y posible necesidad de cirugía adicional.
2. Complicaciones en el lugar del trocar (por ej., hematoma, hemorragia, fuga de líquido o formación de una hernia).
3. Émbolo gaseoso (una burbuja de aire que causa insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular).
4. El cambio durante el procedimiento a una operación de cirugía abierta.
5. Si hay cáncer, podría aumentar el riesgo de propagación del cáncer.

RIESGOS O COMENTARIOS ADICIONALES (si no hay ninguno, favor de tachar las líneas con una raya):

Otorgamiento del consentimiento para someterse a este procedimiento médico o quirúrgico

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos médicos o quirúrgicos descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Entiendo que estos procedimientos médicos o quirúrgicos no garantizan la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:
 1. Tratamientos alternativos,
 2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,

3. Los pasos que se sucederán durante los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que me someta, y
 4. Los riesgos y peligros que conllevan los procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
 - Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que sus espacios en blanco han sido llenados.
 - He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
 - Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las declaraciones anteriores no es aplicable a usted, comuníquese con su médico o proveedor médico antes de continuar.

Nombre de la persona que le proporcionó y explicó el formulario de consentimiento:

El paciente / Otro representante legalmente autorizado (es obligatoria la firma):

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con el paciente:

Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Testigo:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (calle o apartado postal)

Ciudad, estado, código postal

Figure: 25 TAC §604.5(1)

**DISCLOSURE AND CONSENT
ANESTHESIA and/or PERIOPERATIVE
PAIN MANAGEMENT (ANALGESIA)**

TO THE PATIENT: You have the right, as a patient, to be informed about 1) the recommended anesthesia/analgesia to be used and 2) the risks related to anesthesia/analgesia. This disclosure is designed to provide you this information, so that you can decide whether to consent to receive anesthesia/analgesia in the perioperative period (meaning shortly before, during and shortly after a procedure). Please ask your physician/health care provider any remaining questions you might have before signing this form.

Administration of Anesthesia/Analgesia

The plan is for the anesthesia/analgesia to be administered by (note that the provider listed may change depending on the length of the procedure or other circumstances):

Check the planned approach and have the patient/legally authorized representative initial:

(Check one)

_____ Physician Anesthesiologist Dr. _____ [Name]
_____ Dentist Anesthesiologist Dr. _____ [Name]
_____ Non-Anesthesiologist Physician or Dentist Dr. _____ [Name]

(Check all that apply if the administration of anesthesia/analgesia is being delegated/supervised by the above provider)

_____ Certified Anesthesiologist Assistant _____ [Name]
_____ Certified Registered Nurse Anesthetist _____ [Name]
_____ Physician in Training _____ [Name]

The above provider(s) can explain the different roles of the providers and their levels of involvement in administering the anesthesia/analgesia.

Types of Anesthesia/Analgesia Planned and Related Topics

I understand that anesthesia/analgesia involves additional risks and hazards. The chances of these occurring may be different for each patient based on the procedure(s) and the patient's current health. I realize the type of anesthesia/analgesia may have to be changed possibly without explanation to me.

I understand that serious, but rare, complications can occur with all anesthetic/analgesic methods. Some of these risks are breathing and heart problems, drug reactions, nerve damage, cardiac arrest (heart stops beating), brain damage, paralysis (inability to move), or death.

I also understand that other risks or complications may occur depending on the type of anesthesia/analgesia. The type of anesthesia/analgesia planned for me and the related risks for that type of anesthesia/analgesia include but are not limited to:

Check planned anesthesia/analgesia method(s) and have the patient/legally authorized representative initial.

_____GENERAL ANESTHESIA – injury to vocal cords, teeth, lips, eyes; awareness during the procedure; memory dysfunction/memory loss; permanent organ damage; brain damage.

_____REGIONAL BLOCK ANESTHESIA/ANALGESIA - nerve damage; persistent pain; bleeding/hematoma; infection; medical necessity to convert to general anesthesia; brain damage.

Location: _____.

_____SPINAL ANESTHESIA/ANALGESIA - nerve damage; persistent back pain; headache; infection; bleeding/epidural hematoma; chronic pain; medical necessity to convert to general anesthesia; brain damage.

_____EPIDURAL ANESTHESIA/ANALGESIA - nerve damage; persistent back pain; headache; infection; bleeding/epidural hematoma; chronic pain; medical necessity to convert to general anesthesia; brain damage.

_____DEEP SEDATION – memory dysfunction/memory loss; medical necessity to convert to general anesthesia; permanent organ damage; brain damage.

_____MODERATE SEDATION – memory dysfunction/memory loss; medical necessity to convert to general anesthesia; permanent organ damage; brain damage.

Additional comments/risks:

Check if applicable and have the patient/legally authorized representative initial.

_____PRENATAL/EARLY CHILDHOOD ANESTHESIA - potential long-term negative effects on memory, behavior, and learning with prolonged or repeated exposure to general anesthesia/moderate sedation/deep sedation during pregnancy and in early childhood.

Granting of Consent for Anesthesia/Analgesia

In signing below, I consent to the anesthesia/analgesia described above. I acknowledge the following:

- I have been given an opportunity to ask questions I may have about:
 1. Alternative forms of anesthesia/analgesia,

2. Steps that will occur during administration of anesthesia/analgesia, and

3. Risks and hazards involved in the anesthesia/analgesia.

- I believe I have enough information to give this informed consent.
- I certify this form has been fully explained to me and the blank spaces have been filled in.
- I have read the form or had it read to me.
- I understand the information on this form.

If any of those statements are not true for you, please talk to your physician/health care provider before continuing.

Patient/Other Legally Authorized Representative (signature required):

Print Name

Signature

If Legally Authorized Representative, list relationship to Patient:

Date: _____ Time: _____ A.M./P.M.

Witness:

Print Name

Signature

Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Code

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO:
ANESTESIA O MANEJO DEL DOLOR
PERIOPERATORIO (ANALGESIA)**

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre 1) la anestesia o analgesia recomendada que se utilizará y 2) los riesgos relacionados con ambas. Esta información fue diseñada para que usted pueda decidir si da su consentimiento para recibir anestesia o analgesia en el periodo perioperatorio (es decir, poco antes, durante y poco después de un procedimiento). Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor de atención médica sobre cualquier otra pregunta que pudiera tener.

Administración de la anestesia o analgesia

_____ El plan es que la anestesia o analgesia sea administrada por (tenga en cuenta que el proveedor indicado puede cambiar en función de la duración del procedimiento u otras circunstancias):

Marque el enfoque planeado y haga que el paciente o representante autorizado ponga sus iniciales:

(Marque una opción)

- _____ Médico anestesista Dr. _____ [Nombre]
- _____ Dentista anestesista Dr. _____ [Nombre]
- _____ Médico no anestesista o dentista Dr. _____ [Nombre]

(Marque todas las opciones que correspondan, si es el caso)

- _____ Asistente anestesista certificado _____ [Nombre]
- _____ Enfermero anestesista certificado _____ [Nombre]
- _____ Médico residente _____ [Nombre]

Los proveedores mencionados pueden explicarle las diferentes funciones de los proveedores y sus niveles de participación en la administración de la anestesia o analgesia.

Tipos de anestesia o analgesia planeados y temas relacionados

Entiendo que la anestesia o analgesia implican riesgos y peligros adicionales. Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento y del estado de salud actual del paciente. Comprendo que el tipo de anestesia o analgesia podría tener que cambiarse, posiblemente sin darme una explicación.

Entiendo que pueden ocurrir complicaciones graves, pero raras, con todos los métodos anestésicos o analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas de respiración y del corazón, reacciones a la medicina, daño nervioso, paro cardiaco,

daño cerebral, parálisis o la muerte.

También entiendo que pueden ocurrir otros riesgos o complicaciones dependiendo del tipo de anestesia o analgesia. El tipo de anestesia o analgesia planeado para mí y los riesgos relacionados con cualquiera de ellos incluyen, entre otros, los siguientes:

Marque los métodos de anestesia o analgesia planeados y haga que el paciente/persona legalmente responsable ponga sus iniciales.

_____ANESTESIA GENERAL (lesión a las cuerdas vocales, los dientes, los labios, los ojos); estar consciente durante el procedimiento; disfunción de la memoria o pérdida de la memoria; daño permanente a órganos; daño cerebral.

_____ANESTESIA O ANALGESIA DE BLOQUEO REGIONAL (daño nervioso); dolor persistente; sangrado o hematoma; infección; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

Lugar:_____.

_____ANESTESIA O ANALGESIA ESPINAL (daño nervioso); dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado o hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

_____ANESTESIA O ANALGESIA EPIDURAL (daño nervioso); dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado o hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

_____SEDACIÓN PROFUNDA (disfunción de la memoria o pérdida de la memoria); necesidad médica de usar anestesia general; daño permanente a órganos; daño cerebral.

_____SEDACIÓN MODERADA (disfunción de la memoria o pérdida de la memoria); necesidad médica de usar anestesia general; daño permanente a órganos; daño cerebral.

Comentarios o riesgos adicionales:

Marque si corresponde y haga que el paciente o el representante legal ponga sus iniciales:

_____ANESTESIA PRENATAL O DE LA INFANCIA TEMPRANA: posibles efectos negativos a largo plazo sobre la memoria, el comportamiento y el aprendizaje con la exposición prolongada o repetida a la anestesia general o sedación moderada o sedación profunda durante el embarazo y la infancia temprana.

Dar consentimiento para la anestesia o analgesia

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:
 1. Formas alternativas de anestesia o analgesia.
 2. Los pasos que se darán durante la administración de la anestesia o analgesia, y
 3. Los riesgos y peligros que conlleva la anestesia o analgesia.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
- Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que los espacios en blanco han sido llenados.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
- Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las declaraciones anteriores no es aplicable a usted, comuníquese con su médico o proveedor de atención médica antes de continuar.

El paciente / Otro representante legalmente autorizado (es obligatoria la firma):

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con el paciente:

Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Testigo:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (calle o apartado postal)

Ciudad, estado, código postal