

Lea por favor este formulario con cuidado. Usted será preguntado firmar una versión en inglés a la hora de la cirugía.

*Please read this form carefully. You will be asked to sign an English version at the time of Surgical.*

A: Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Operación o Precedimento: \_\_\_\_\_

El médico que realizara su procedimiento es \_\_\_\_\_ MD.

To: (Name of Patient) \_\_\_\_\_

Operation or Procedure: \_\_\_\_\_

The Physician performing your procedure is \_\_\_\_\_ MD.

El centro del procedimiento, Saxon Surgery Center, mantiene personales e instalaciones para asistir a los médicos del paciente y cirujanos en su funcionamiento de varias operaciones quirúrgicas y de otros procedimientos especiales, diagnósticos o terapéuticos. Estas operaciones y procedimientos pueden implicar riesgos o resultados de fracaso, complicaciones, lesiones o aún muerte, de causas sabidas e imprevistas, y da ninguna garantía de un buen resultado o de curación.

*Saxon Surgery Center maintains personnel and facilities to assist the patient's physicians and surgeons in their performance of various surgical operations and other special diagnostic or therapeutic procedures. These operations and procedures may all involve risks or unsuccessful results, complications, injury or even death, from known and unforeseen causes, and no warranty or guarantee is made as to result or cure.*

Usted tiene el derecho de ser informado de tales riesgos así como las características de la operación o del procedimiento: los métodos de tratamiento y sus riesgos, de las alternativas, y ventajas/beneficios. A menos de un caso de emergencia, las operaciones o los procedimientos no serán realizados hasta que usted haya tenido la oportunidad de recibir esta información y dado su consentimiento. Usted tiene el derecho de consentir o de rechazar cualquier operación o procedimiento propuesto en cualquier momento antes de su desempeño. \_\_\_\_\_ (iniciales)

*You have the right to be informed of such risks as well as the nature of the operation or procedure: methods of treatment and their risks, alternatives, and benefits. Except in cases of emergency or medical necessity, operations or procedures are not performed until you have had the opportunity to receive this information and given your consent. You have the right to consent or to refuse any proposed operation or procedure any time prior to its performance. \_\_\_\_\_ (initial)*

El médico y el cirujano del paciente han recomendado el conjunto de operaciones o los procedimientos dispuestos abajo. Junto con cualquier procedimiento diferente o adicional, que puedan ser indicados debido a cualquier emergencia, éstos serán realizados por el médico o el cirujano nombrado arriba, sobre su autorización y consentimiento.

*The patient's physician and surgeon have recommended the operations or procedures set forth above. Together with any different or further procedures, which may be indicated by an emergency or which your physician may consider medically necessary or advisable in the course of the procedure, these will be performed by the physician or surgeon named above, upon your authorization and consent.*

PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

SAXON  
SURGERY CENTER

Patient Name: \_\_\_\_\_

Case No. \_\_\_\_\_

En caso de cualquier emergencia que causa la inhabilidad de terminar el procedimiento para el médico o el cirujano, pueden asignar responsabilidades señaladas a un médico o a un cirujano sustituto calificado en el centro de procedimiento, Saxon Surgery Center.

*In the event of any emergency causing his or her inability to complete the procedure, the physician or surgeon may assign designated responsibilities to a qualified substitute physician or surgeon of Saxon Surgery Center.*

Las personas allí, se encuentran para el propósito de realizar los servicios médicos especializados tales como anestesia, radiología, o patología no son agentes, sirvientes, ni empleados del centro del procedimiento, Saxon Surgery Center, pero son contratistas independientes. Todos sus médicos están actuando como sus agentes. Otros individuos que proporcionan el apoyo técnico pueden estar presentes a la petición del médico o del cirujano. Usted, el paciente, tiene el derecho de pedir que los individuos que proporcionan el apoyo técnico, que no estén presentes durante la operación o el procedimiento.

*The persons in attendance for the purpose of performing specialized medical services such as anesthesia, radiology, or pathology are not agents, servants, or employees of Saxon Surgery Center, but are independent contractors. All of your physicians are acting as your agents. Other individuals providing technical support may be present at your physician's or surgeon's request. You/the patient have the right to request that individuals providing technical support not be present during the operation or procedure.*

La anestesia implica el uso de la medicación. Personas diferentes reaccionan en formas distintas a la medicación, y el estado de su salud física influye la acción de la medicina. Mientras que todas las precauciones posibles serán tomadas, reacciones imprevistas podrían ocurrir. En firmar este acuerdo usted verifica su comprensión y aceptación del hecho que ciertos peligros y riesgos son inherentes en cualquier procedimiento anestésico. También usted verifica su comprensión que después de recibir anestesia, puede tener náusea, vomitar, el dolor de cabeza, la flebitis, garganta adolorida con la hinchazón laríngea y traqueal, lesiones dentales, anomalías más graves del corazón, pulmones o desordenes del nervio y/o del músculo así como otros problemas. Cualquier procedimiento anestésico (incluido, pero no limitado a la sedación general, local, consciente, cuidado de la anestesia, espinal supervisado, y epidural) puede causar complicaciones, incluido muerte.

*Anesthesia involves the use of medication. Different individuals react differently to the same medication, and the state of their physical health influences the action of medicine. While all possible precautions will be taken, unforeseen reactions may occur. By signing this agreement you verify your understanding and acceptance of the fact that certain hazards and risks are inherent in any anesthetic procedure. You further verify your understanding that post-anesthetic nausea, vomiting, headache, phlebitis, sore throat with laryngeal and tracheal swelling, dental injuries, more serious heart and lung abnormalities or nerve and/or muscle disorders as well as other problems may occur, and any anesthetic procedure (including, but not limited to general, local, conscious sedation, monitored anesthesia care, spinal, and epidural) may cause complications, including death.*

El patólogo presente está autorizado a utilizar su discreción a deshacer de cualquier espécimen, órgano, o de otro tejido quitado del paciente durante la(s) operación(es) o el(los) procedimiento(s) dispuesto abajo.

*The pathologist is hereby authorized to use his or her discretion in disposing of any specimen, organ, or other tissue removed from you/the patient's person during the operation(s) or procedure(s) set forth above.*

El médico y/o el cirujano presente están autorizados a sacar fotografías o grabar (en video) a usted, el paciente, para propósitos médicos, mientras que usted está de bajo el cuidado de la institución.

*The physician or surgeon is hereby authorized to photograph or videotape you/the patient for medical purposes, while under the care of the institution.*

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151

**SAXON**  
SURGERY CENTER

Patient Name: \_\_\_\_\_

Case No. \_\_\_\_\_

Autorizo a los vendedores, agrimensores, profesionales de la formación médica y otros representantes de la industria que observen mi caso según lo necesitado.

*I consent to allow vendors, surveyors, medical training professionals and other health care industry representative(s) to observe my case as needed.*

Su firma abajo constituye su reconocimiento (1) que usted ha leído y está de acuerdo con lo anteriormente dicho; (2) que la operación o el procedimiento dispuesto abajo ha sido explicado adecuadamente a usted por el médico o el cirujano nombrado arriba y que usted ha recibido toda la información que usted desea con respecto a la operación o procedimiento; (3) que usted autoriza y consiente el funcionamiento de la operación o del procedimiento así como la administración de la anestesia; y (4) usted recibió una copia de esta autorización.

*Your signature below constitutes your acknowledgement (1) that you have read and agree to the foregoing; (2) that the operation or procedure set forth above has been adequately explained to you by the above named physician or surgeon and that you have received all of the information you desire concerning such operation or procedure; (3) that you authorize and consent to the performance of the operation or procedure as well as the administration of anesthesia; and (4) you acknowledge the receipt of a copy of this authorization.*

*Your consent authorizes the Center to test, if needed, for the possible exposure to any communicable disease IF a healthcare worker or physician is accidentally exposed to any blood or bodily fluids (i.e. needle stick injury); or if a procedure is to be performed which could expose healthcare workers.*

Su consentimiento autoriza al Centro a evaluar, si es necesario, la posible exposición a cualquier enfermedad transmisible SI un trabajador de la salud o un médico está expuesto accidentalmente a sangre o fluidos corporales (es decir, lesión por punción con aguja); o si se va a realizar un procedimiento que podría exponer a los trabajadores de la salud.

**Firma *Signature***

\_\_\_\_\_  
Paciente/Padre/Conservator/Garante    *Patient/ Parent/ Conservator/ Guarantor*                      Fecha *Date*                      Hora *Time*

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo (Otro que el Paciente)    *Witness (Other than patient's signature)*

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente    *Relationship to Patient*

**PROPERTY OF MEDBRIDGE.  
USED BY PERMISSION ONLY.**

430 E Avenida de Los Arboles • Suite #101  
Thousand Oaks, CA 91360 • 805.241.0151



Patient Name: \_\_\_\_\_  
Case No. \_\_\_\_\_