

Figure: 25 TAC §601.4(a)(2)

Divulgación y Consentimiento para Procedimiento No Quirúrgico, Médico y Diagnóstico
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL, MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE

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.

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.

Fecha/Date: 6/14/20 **Hora/Time:** 10:10 AM

Yo entiendo que SU ESTABLECIMIENTO es un establecimiento de enseñanza y que los proveedores de atención médica (Residentes Especialistas, Residentes, Proveedores de la Salud Afiliados), los cuales forman parte de un programa de capacitación de posgrado acreditado, pudieran llevar a cabo tareas relevantes a lo que respecta al procedimiento(s) recomendado(s). Estos proveedores de atención médica llevan a cabo cirugías/procedimientos bajo la supervisión de los miembros del profesorado del establecimiento docente. Las tareas de relevancia incluyen, pero no se limitan a, abrir, cerrar, disecar tejido, extirpar tejido, recolectar injertos, trasplantar tejido, administrar anestesia, implantar dispositivos y colocar líneas de acceso invasivas u otras tareas quirúrgicas/procesales de importancia. Estos proveedores de atención médica pudieran llevar a cabo segmentos de la cirugía/procedimiento(s), basado en su disponibilidad y nivel de destreza. El profesional médico quirúrgico independiente acreditado (cirujano docente/proveedor) de atención médica en el momento de la cirugía/procedimiento hará la decisión sobre cuáles proveedor(s) de atención médica participarán y el tipo de participación.

I understand that YOUR FACILITY is a teaching facility and that providers (Fellows, Residents, Allied Health Providers (AHP)) in approved post graduate training programs, may perform important tasks related to the recommended procedure(s). These providers perform surgeries/procedures under the supervision of faculty members of the teaching facility. Important tasks include, but are not limited to, opening and closing, dissecting tissue, removing tissue, harvesting grafts, transplanting tissue, administering anesthesia, implanting devices and placing invasive lines or other significant surgical/procedural tasks. These providers may perform portions of the surgery/procedure(s), based on their availability and level of competence. The operating Licensed Independent Practitioner(s) ("LIP") (teaching surgeon/provider), at the time of the surgery/procedure, will decide which provider(s) will participate and their manner of participation.

El profesional médico quirúrgico independiente acreditado/cirujano docente/proveedor de atención médica, (basado en el nivel de destreza del médico residente/residente especialista), pudiera no estar presente físicamente en la misma sala de quirófano por algunas o todas las tareas quirúrgicas realizadas por el residente(s)/residente especialista(s), pero estará disponible de manera inmediata para ser consultado en los segmentos críticos de mi cirugía/procedimiento.

The operating "LIP"/teaching surgeon/provider, (based on the resident's/fellow's level of competence), may not be physically present in the same operating room for some or all of the surgical tasks performed by resident(s)/fellow(s), but will be readily available for consultation for critical portions of my surgery/procedure.

Conforme permite la ley de Texas, los profesionales médicos calificados que no son médicos pudieran realizar segmentos importantes de la cirugía/procedimiento o administrar anestesia. Tales profesionales médicos realizarán sólo aquellos procedimientos dentro de su campo de práctica por los cuáles el establecimiento les ha otorgado los derechos para ejercer y una notificación será proporcionada al paciente o al representante legal autorizado.

As permitted by Texas law, qualified medical practitioners who are not physicians may perform important parts of the surgery/procedure or administer the anesthesia. Such practitioners will perform only those tasks within the scope of practice for

which they have been granted privileges by the facility and notice will be provided to the patient or Legal Authorized Representative ("LAR").

Descripción de la atención médica o procedimiento quirúrgico
Description of Medical Care and Surgical Procedure(s)

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico [nombre/credenciales] CHERUKURI, SUMDAR MD, así como a otros proveedores médicos, que den el tratamiento necesario a mi enfermedad, a saber: **Motivo del Procedimiento: Para estudiar las estructuras internas (dentro del cuerpo).**
I (we) voluntarily request my physician/health care provider [name/credentials] CHERUKURI, SUMDAR MD, and other health care providers, to treat my condition which is: COCCIDIOIDES LESIONS
Reason for Procedure: To assess the internal structures inside the body.

Quedo enterado de que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o procedimiento quirúrgico:
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: : Tomografía computarizada (TC) con medio de contraste

Descripción del procedimiento: Este procedimiento consiste en tomar imágenes de sus órganos internos mediante un escáner de TC. Un TC usa radiación para producir las imágenes.

Usted se acostará en una mesa que se deslizará dentro de la máquina para el TC. La máquina girará a su alrededor. Podría pedírsele que contenga el aliento mientras se toman las imágenes. Su doctor podría darle un sedativo leve. Usted no será radioactivo después del procedimiento.

Se le administrará un tinte especial (contraste) durante el escáner de TC. Se usa el tinte para producir imágenes más claras. Se lo administra por inyección. Típicamente, se lo inyecta dentro de una vena en el brazo o mano. Usted podría necesitar tomar (beber) el contraste. Es posible que usted necesite beber otro tinte u otro tinte podría ser inyectado alrededor el área afectada (como una articulación).

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

PROCEDURE NAME: : CHEST Computed Tomography (CT) Scan with Contrast Medium

Procedure description This procedure involves your doctor taking images of your internal organs using a CT scan. CT scan uses radiation to produce images.

You will lie on a table that slides into the scanning machine. The x-ray unit of the machine will rotate around you. You may be asked you to hold your breath while images are taken. You may be given a mild sedative medicine. This procedure will not make you radioactive.

A special dye (contrast material) will be used during a CT scan. The dye is used to make images clearer. It may be given by an injection. This is usually into a vein in the arm or hand. It could be given as a drink. Another dye, possibly different than the injected dye, may also be given as a drink or injected into or around the area of interest such as a joint.

La divulgación y el consentimiento para la administración de Anestesia y/o para el Control del Dolor Perioperatorio (Analgesia) implican un formulario aparte que se me explicará por el personal médico correspondiente.

The disclosure and consent for Anesthesia and/or Perioperative Pain Management (Analgesia) is a separate form that will be explained to me by the responsible practitioner(s).

Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, yo

comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a este procedimiento en particular:

Just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risks and hazards related to the performance of the surgical, medical, and/or diagnostic procedures planned for me. I (we) realize that common to surgical, medical and/or diagnostic procedures is the potential for infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage, allergic reactions, and even death. I (we) also realize that the following risks and hazards may occur in connection with this particular procedure:

Otras atenciones médicas o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios

Potential for Additional Necessary Care/Procedure(s)

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.

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.

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

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.

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Risks Related to this Care/Procedure(s)

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.

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.

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.

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.

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.

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

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]:

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

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso



Riesgos en el estado de Texas (si corresponde)

Texas Risks (if applicable)

Riesgos y peligros

- * Una sensación de sonrojarse, a menudo en la cara o cuello.
- * Mareo o inestabilidad.
- * Náusea y/o vómitos.
- * Problemas, enfermedades o anomalías que existen pueden no encontrarse.
- * Es posible que usted necesite pruebas o tratamiento adicional.
- * Es posible que su doctor no pueda realizar un diagnóstico adecuado.
- * La exposición a la radiación puede causar daño al feto si la paciente está embarazada. Esto puede depender de la edad del feto. Se pueden usar técnicas de radiación con dosis más bajas, si el médico lo considera necesario.
- * Infección, inflamación o absceso al sitio de inyección. Esto puede ocurrir cerca del final del procedimiento o más adelante.
- * Riesgo aumentado mínimo de cáncer debida a exposición a radiación.
- * Problemas causados de la línea intravenosa. Esto puede incluir la inflamación de los vasos sanguíneos (flebitis). Puede incluir la salida del líquido y/o de la medicación fuera de la vena (infiltración).
- * Reacciones al tinto usado para imágenes. Pueden incluir ronchas, hinchazón de la cara y/o garganta, dificultad para respirar y fallo riñón.
- * Riesgo de herida al riñón inducida por el medio de contraste: El riesgo de herida renal es aumentado en los pacientes con una enfermedad preexistente de los riñones.
- * Reacción alérgica que puede ser grave o potencialmente mortal. Esto puede incluir picazón, urticaria, hinchazón, dificultad para respirar, disminución de la presión arterial, pérdida de la conciencia y posiblemente la muerte.

Risks and hazards

- * *A flushed feeling, often in the face or neck.*
- * *Dizziness or unsteadiness.*
- * *Nausea and/or vomiting.*
- * *You may have problems, diseases, or abnormalities, but this test may not find them.*
- * *You may need additional tests or treatment.*
- * *Your doctor may not be able to make a proper diagnosis.*
- * *Exposure to radiation may cause fetal harm if the patient is pregnant. This may depend on the age of the fetus. Lower dose radiation techniques may be used, as deemed necessary by the physician.*
- * *Infection, inflammation, or abscess at the injection site. This may occur close to the time of your procedure or later.*
- * *Minimal increased risk of cancer due to radiation exposure.*
- * *Problems caused from the intravenous line. This may include swelling of the blood vessel (phlebitis). It may include leakage of fluid and/or medication outside the vein (infiltration).*
- * *Reactions to dye used for imaging. These may include hives, swelling of the face and/or throat, difficulty breathing, and kidney failure.*
- * *Risk of contrast dye induced kidney injury: The risk of kidney injury is increased in patients with pre-existing kidney disease.*
- * *Allergic reaction, which could become severe or life-threatening. This may include itching, hives, swelling, difficulty breathing, drop in blood pressure, loss of consciousness, and possible death.*

Mi médico ha hablado conmigo sobre la posibilidad de lograr los objetivos con respecto al cuidado médico, tratamiento y servicio, así como también los posibles problemas que pudieran presentarse durante la recuperación.

My physician has discussed the likelihood of achieving care, treatment or service goals with me and any potential problems that might occur during recuperation.

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi (nuestro) leal saber y entender yo tengo (nosotros tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL



FORM 8718-12A

I (we) have been given an opportunity to ask questions about my condition, alternative forms of treatment, risks of non-treatment, the procedures to be used, and the risks and hazards involved, and I (we) believe that I (we) have sufficient information to give this informed consent.

Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

I (we) certify that this form has been fully explained to me (us), that I (we) have read it or have had it read to me (us), that the blank spaces have been filled in, and that I (we) understand its contents.

Posibles beneficios del procedimiento: Este procedimiento le podría permitir a su médico detectar qué anda mal. Este podría permitir que su médico le ofrezca el tratamiento apropiado.

Potential Benefits of Procedure: *This procedure may allow your doctor to find out what is wrong. Your doctor can then provide appropriate treatment.*

Pronóstico si el paciente NO se realiza este procedimiento: Si elige no realizar este procedimiento, su médico quizá no pueda encontrar qué anda mal ni darle un tratamiento adecuado.

Prognosis if Patient does NOT have this Procedure: *If you choose not to have this procedure, your doctor may not be able to find out what is wrong. Your doctor may not be able to plan the best treatment for you.*

Alternativas razonables de este procedimiento son:

- * Observar y esperar con su médico.
- * Un escáner de TC sin contraste.
- * Otros estudios de imágenes como ultrasonido, IRM, o un escáner de medicina nuclear.
- * Otros tipos de imágenes con rayos X.
- * Cirugía exploratoria o cirugía para tomar una muestra de tejido (biopsia).
- * Puede elegir no realizar este procedimiento.

Reasonable Alternatives to this Procedure are:

- * Watching and waiting with your doctor.
- * CT scan without contrast.
- * Other types of imaging tests such as ultrasound, MRI or nuclear medicine.
- * Other types of x-ray imaging procedures.
- * Exploratory surgery or surgical taking of samples (biopsy).
- * You may choose not to have this procedure.

Consentimiento para someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Granting of Consent for this Care/Procedure(s)

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realice la atención médica o procedimiento quirúrgico descrito anteriormente. Reconozco lo siguiente:

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

Quedo enterado de que esta atención médica o procedimiento quirúrgico no garantiza la conclusión o la curación de mi enfermedad.

I understand this care/procedure(s) does not guarantee a result or a cure to my condition.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre lo siguiente:

I have been given an opportunity to ask questions I may have about:

1. Tratamientos alternativos,
Alternative forms of treatment,

2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,

Risks of non-treatment,

3. Los pasos que se sucederán durante la atención médica o procedimiento quirúrgico al que me someta, y

Steps that will occur during my care/procedure(s), and

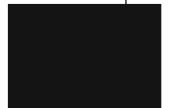
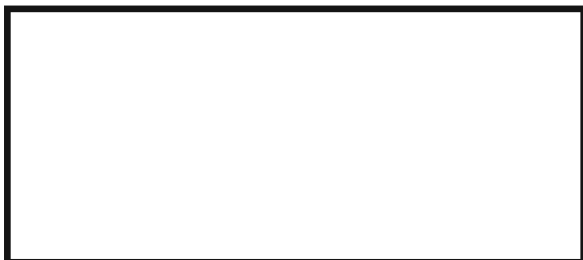
4. Los riesgos y peligros de someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico.

Risks and hazards involved in the care/procedure(s).

- Considero que he recibido la información suficiente para poder otorgar mi consentimiento informado.
I believe I have enough information to give this informed consent.
- Declaro que el contenido del presente formulario se me ha explicado en su totalidad y que sus espacios en blanco han sido rellenados.
I certify this form has been fully explained to me and the blank spaces have been filled in.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
I have read this form or had it read to me.
- Entiendo la información contenida en este formulario.
I understand the information on this form.

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

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



FIRMA /SIGNED:

Paciente/Persona legalmente responsable
Patient/legally authorized representative

Los contenidos de este consentimiento se me han interpretado o traducidos en su totalidad y yo entiendo la interpretación/traducción.

The contents of this consent have been fully interpreted and/or translated. I fully understand the interpretation and/or translation.

Parentesco si es firmado por representante del paciente
Relationship if signed by Patient's representative

Nombre en letra de molde

☐ N/A

FIRMA/SIGNED:

Empleado que presencié la firma del paciente o representante

Nombre de testigo en letra de molde

Fecha y hora

Associate who witnessed signature of Patient or representative Printed name of witness

Date and Time

El/la paciente entiende la naturaleza y el propósito del procedimiento(s), los beneficios del procedimiento, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos que conlleva el procedimiento, la posibilidad de complicaciones y las probables consecuencias de rehusarse al tratamiento recomendado, lo cual se basa en la evidencia clínica disponible relacionada con la cirugía y la anestesia.

The Patient understands the nature and purpose of the procedure(s), benefits of the procedure, possible alternative methods of treatment, the risks involved, possibility of complications, and the probable consequences of declining recommended treatment, based on the available clinical evidence related

Firma del médico/proveedor/persona autorizada

Nombre de persona au

de molde

Fecha y hora

para obtener consentimiento

Signature of physician/provider/authorized person obtaining consent

Printed Name of Authorized person

Date and Time

Firma de Intérprete Médico Calificado (QMI)

Nombre en letra de molde

Fecha y hora

Signature of Qualified Medical Interpreter (QMI),

Printed Name

Date and Time

Intérprete Médico/Traductor o Language Line Solutions

Medical Interpreter/Translator or Language Line Service

(ID#

Todos los espacios en blanco deben ser llenados. Cualquier información que no le corresponda a usted debe ser indicada con las letras "N/A", lo cual significa en inglés que no le corresponde.

All blanks must be filled in. Any inapplicable statements must be denoted by marking "N/A" (not applicable) where appropriate.

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,
MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE

1. PURPOSE OF THE PROCEDURE 2. RISKS OF THE PROCEDURE 3. BENEFITS OF THE PROCEDURE 4. ALTERNATIVES TO THE PROCEDURE 5. CONSENT TO THE PROCEDURE 6. SIGNATURE OF THE PATIENT OR REPRESENTATIVE 7. SIGNATURE OF THE PHYSICIAN 8. SIGNATURE OF THE QUALIFIED MEDICAL INTERPRETER 9. SIGNATURE OF THE WITNESS 10. DATE AND TIME



1. PURPOSE OF THE PROCEDURE 2. RISKS OF THE PROCEDURE 3. BENEFITS OF THE PROCEDURE 4. ALTERNATIVES TO THE PROCEDURE 5. CONSENT TO THE PROCEDURE 6. SIGNATURE OF THE PATIENT OR REPRESENTATIVE 7. SIGNATURE OF THE PHYSICIAN 8. SIGNATURE OF THE QUALIFIED MEDICAL INTERPRETER 9. SIGNATURE OF THE WITNESS 10. DATE AND TIME

Divulgación y Consentimiento para Procedimiento No Quirúrgico, Médico y Diagnóstico
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL, MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE

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.

As permitted by Texas law, qualified medical practitioners who are not physicians may perform important parts of the surgery/procedure or administer the anesthesia. Such practitioners will perform only those tasks within the scope of practice for

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,
MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE

~~TS/VA2, BAWU 12/05/1969~~

which they have been granted privileges by the facility and notice will be provided to the patient or Legal Authorized Representative ("LAR").

Descripción de la atención médica o procedimiento quirúrgico
Description of Medical Care and Surgical Procedure(s)

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico [nombre/credenciales] Hector Flores MD, Monica Jordan MD, así como a otros proveedores médicos, que den el tratamiento necesario a mi enfermedad, a saber: Motivo del Procedimiento: Pulmón desplumado, fuga de aire del pulmón, acumulación de sangre u otro fluido, herida al pulmón o la cavidad del pecho, o infección en la cavidad del pecho.

I (we) voluntarily request my physician/health care provider [name/credentials], Hector Flores MD, Monica Jordan MD, and other health care providers, to treat my condition which is:

Reason for Procedure: Collapsed lung, air leak from lung, build-up of blood or other fluid, injury to the lung or chest cavity, or infection in the chest cavity.

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

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: DERECHO Colocación del Tubo en el Pecho

Descripción del procedimiento: El objetivo de este procedimiento es drenar fluido o aire acumulado alrededor el/los pulmón(es).

Su médico inyectará un anestésico local. Este es un medicamento que adormece el sitio de tratamiento. Su médico hará un pequeño corte entre sus costillas a través de la pared del pecho. Se insertará un tubo flexible. Su médico colocará el tubo dentro de la acumulación de aire o fluido. Se tomará un rayo X del pecho para asegurar la colocación correcta del tubo. Con el rayo X, su médico puede determinar si se drena efectivamente el fluido o aire.

Puede fijar el tubo en su lugar con suturas o tiras de cinta hasta que el tubo pueda ser quitado más adelante. Se conecta el tubo a un bote con cierre de agua, o una válvula de Heimlick. Estos dispositivos aseguran que sangre, fluido o aire solamente salen del tubo y no pueden fluir hacia atrás dentro del tubo.

A veces, usted tendrá un bloqueo en el tubo. Su médico puede necesitar enjuagar el tubo con medicamentos para que el tubo continúe drenando, sin necesidad de reemplazarlo. Según la gravedad de su afección, usted puede necesitar más que un tubo.

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

PROCEDURE NAME: RIGHT Chest Tube Placement

Procedure description This procedure involves draining air or fluid from around the lung(s).

Your doctor will inject local anesthetic. This is a medicine that numbs the treatment site. Your surgeon will make a small cut between your ribs in the chest wall. A flexible hollow drainage tube will be inserted. Your surgeon will manually push the tube to the fluid or air pocket. An X-ray of the chest will be taken to ensure correct tube placement. It will let your surgeon check that the fluid or air is draining effectively. The tube may be secured in place with stitches or tape until removal at a later time.

The tube is attached to either a chest tube canister containing a water seal, or a Heimlich valve. These devices will make sure that blood, fluid, or air only flows out and cannot back up through the tube. Sometimes, the drain will become blocked. If this occurs, your doctor may flush the tube with medications to help it continue to drain without having to replace the tube. Depending on how serious your condition is, you may need more than one chest tube.

La divulgación y el consentimiento para la administración de Anestesia y/o para el Control del Dolor Perioperatorio (Analgesia) implican un formulario aparte que se me explicará por el j

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,

The disclosure and consent for Anesthesia and/or Perioperative Pain Management (Analgesia) is a separate form that will be explained to me by the responsible practitioner(s).

Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, yo comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a este procedimiento en particular:

Just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risks and hazards related to the performance of the surgical, medical, and/or diagnostic procedures planned for me. I (we) realize that common to surgical, medical and/or diagnostic procedures is the potential for infection, blood clots in veins and lungs, hemorrhage, allergic reactions, and even death. I (we) also realize that the following risks and hazards may occur in connection with this particular procedure:

Otras atenciones médicas o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios

Potential for Additional Necessary Care/Procedure(s)

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.

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.

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

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.

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Risks Related to this Care/Procedure(s)

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.

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.

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.

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.

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.

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

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,
MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE



5/17/11 02:11 (CA)

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]:

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

Riesgos en el estado de Texas (si corresponde)

Texas Risks (if applicable)

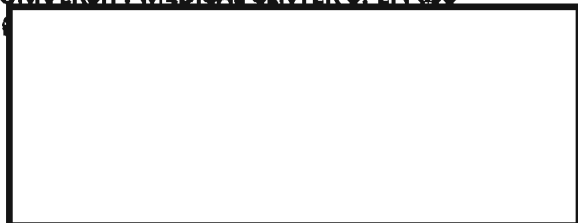
Riesgos y peligros

- * Dolor o incomodidad.
- * Dolor, entumecimiento, hinchazón, debilidad o cicatrización donde se cortó el tejido.
- * Falta de respiración.
- * Si es necesario, el procedimiento se puede cambiar inesperadamente.
- * El procedimiento puede no curar o aliviar su afección o síntomas. Estos pueden regresar o empeorar.
- * Es posible que su doctor no pueda realizar un diagnóstico adecuado.
- * Es posible que partes del dispositivo no estén colocadas correctamente o que se muevan más tarde.
- * Asma o dificultad para respirar.
- * Daño a los nervios. Esto puede incluir dolor, entumecimiento o debilidad temporal o permanente. Se puede encontrar el daño durante el procedimiento o más adelante.
- * Infección.
- * Reacción a anestesia local u otras medicinas administradas durante o después del procedimiento.
- * El dispositivo o equipo usado para acabar el procedimiento podría no funcionar correctamente.
- * Es posible que usted necesite pruebas o tratamiento adicional.
- * Sangrado. Es posible que necesite transfusiones de sangre, productos derivados de la sangre u otros tratamientos. Esto se puede descubrir durante o después del procedimiento.
- * Inflamación del (los) pulmón(es) después del drenaje de aire o fluido. Es posible que usted necesite una máquina de respiración artificial.
- * El dispositivo puede hacerse bloqueado en cualquier momento.
- * Es posible que el dispositivo implantado se mueva, se falle, o se infecta. Usted podría requerir cirugía para colocarlo de nuevo, quitárselo o reemplazarlo.
- * Infección de la herida, cicatrización deficiente o reapertura de la incisión/las incisiones. Sangre o líquido claro también se puede acumular en el sitio de la herida/las heridas. Infección puede requerir antibióticos y cirugía adicional.
- * Es posible que el catéter no se quede en su lugar.
- * Reacción alérgica. Puede incluir sensación de picazón, ronchas, dificultad de respirar, caída en presión sanguínea, pérdida de conciencia posible.
- * Colapso de cavidades pequeños dentro de los pulmones (atelectasis). Es posible perder función pulmonar parcial o total.
- * Punción u otros daños a los pulmones.
- * La inyección intravascular accidental del anestésico local. Puede causar una reacción alérgica, convulsiones, ritmo cardíaco irregular, paro cardiorrespiratorio y la muerte. Puede comprometer el troncoencéfalo temporal o permanente. Este puede comprometer la función cardíaca y pulmonar.
- * Muerte.

Risks and hazards

- * *Pain or discomfort.*
- * *Pain, numbness, swelling, weakness, or scarring where tissue is cut.*
- * *Shortness of breath.*
- * *The procedure may change unexpectedly if needed.*
- * *The procedure may not cure or relieve your condition or symptoms. They may come back and even worsen.*
- * *Your doctor may not be able to make a proper diagnosis.*
- * *Your doctor might not be able to place the device in the desired location. It could move later.*
- * *Asthma or difficulty breathing.*

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso



4774 808 124

- * *Damage to nerve(s). This may include temporary or permanent pain, numbness, or weakness. This may be discovered during the procedure or later.*
- * *Infection.*
- * *Reaction to local anesthesia or other medicines given during or after the procedure.*
- * *The device or equipment used to do the procedure may not work correctly.*
- * *You may need additional tests or treatment.*
- * *Bleeding. You may need blood transfusions, blood products, or other treatments. This may be discovered during the procedure or later.*
- * *Swelling of lung(s) after drainage of air or fluid. This might require an artificial breathing machine.*
- * *The device may become blocked at any time.*
- * *The implanted device may move, fail, or become infected. You may need surgery to reposition, remove, or replace it.*
- * *Wound infection, poor healing, or reopening of the incision(s). Blood or clear fluid can also collect at the wound site(s). Infection may require antibiotics and additional surgery.*
- * *Your catheter may not stay in place.*
- * *Allergic reaction. May include itching, hives, swelling, difficulty breathing, drop in blood pressure, and possible loss of consciousness.*
- * *Collapse of small pockets within the lungs (atelectasis). Part or all of the lungs may lose function.*
- * *Puncture or other injury to lung.*
- * *Accidental injection of the local anesthetic into a blood vessel. This may cause allergic reaction, seizures, irregular heartbeat, cardiopulmonary arrest, and death. It may affect your brain temporarily or permanently. This may disturb heart and lung function.*
- * *Death.*

Mi médico ha hablado conmigo sobre la posibilidad de lograr los objetivos con respecto al cuidado médico, tratamiento y servicio, así como también los posibles problemas que pudieran presentarse durante la recuperación.
My physician has discussed the likelihood of achieving care, treatment or service goals with me and any potential problems that might occur during recuperation.

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi (nuestro) leal saber y entender yo tengo (nosotros tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.
I (we) have been given an opportunity to ask questions about my condition, alternative forms of treatment, risks of non-treatment, the procedures to be used, and the risks and hazards involved, and I (we) believe that I (we) have sufficient information to give this informed consent.

Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

I (we) certify that this form has been fully explained to me (us), that I (we) have read it or have had it read to me (us), that the blank spaces have been filled in, and that I (we) understand its contents.

Posibles beneficios del procedimiento: Este procedimiento puede reducir dolor del pecho, falta de aliento, y problemas asociados con la presión alta de la sangre. También, este procedimiento puede tratar infecciones en los pulmones. También puede tratar sangrado en los pulmones. Puede aliviar síntomas causados por la acumulación de fluido.

Potential Benefits of Procedure: This procedure may reduce chest pain, shortness of breath, and blood pressure concerns. This procedure may also treat any infection in the lung(s). It may also treat any bleeding in the lung(s). It may relieve symptoms caused by fluid build-up.

Pronóstico si el paciente NO se realiza este procedimiento: Si elige no realizar este procedimiento, usted puede continuar teniendo síntomas. Su médico puede no tener forma de diagnosticar el problema. Usted puede desarrollar una infección grave del pulmón. Usted puede continuar con un pulmón colapsado. Usted podría morir.

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
 DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,
 MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE

Prognosis if Patient does NOT have this Procedure: If you choose not to have this procedure, you may experience continued symptoms. Your doctor may not be able to make a proper diagnosis. You may develop a serious infection. Your lung may remain collapsed. You may die.

Alternativas razonables de este procedimiento son:

Las opciones alternativas de terapia pueden incluir tratamientos médicos y quirúrgicos. Su médico le comentará sobre los riesgos específicos y los beneficios de acuerdo a la relación que tengan con su afección.

- * Observar y esperar con su médico.
- * Toracentesis. Este consiste en extraer el fluido o aire alrededor los pulmones mediante una aguja hueca.
- * Toracotomía. Este consiste en hacer solamente una gran incisión dentro del pecho para examinar el espacio alrededor los pulmones en busca de fluido o aire.
- * Toracoscopía. Este consiste en examinar el espacio alrededor los pulmones mediante un endoscopio en busca de aire o fluido. El endoscopio es un tubo delgado provisto con luz y con una cámara acoplada. Le permite al cirujano ver dentro el cuerpo.
- * Rayos X del pecho guiados por tomografía computadorizada. A veces, el radiólogo puede necesitar utilizar ultrasonido o radiografías especiales durante la colocación del tubo.
- * Usted puede optar por no recibir ningún tratamiento.

Reasonable Alternatives to this Procedure are:

Alternative therapy options may include medical and surgical treatments. Your doctor will discuss the specific risks and benefits as they relate to your condition.

- * Watching and waiting with your doctor.
- * Thoracentesis. This involves removing fluid or air around the lungs using a hollow needle.
- * Thoracotomy. This involves making one larger incision in the chest to inspect the space around the lungs for fluid or air.
- * Thoracoscopy. This involves inspecting the space around the lungs for fluid or air with the use of a scope. A scope is a thin lighted tube with a camera that allows your doctor to view inside the body.
- * CT guided chest tube placement. Sometimes the fluid or air in the chest cavity may require the radiologist to place the tube under ultrasound or special X-rays.
- * You may choose not to have this procedure.

Consentimiento para someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico
Granting of Consent for this Care/Procedure(s)

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realice la atención médica o procedimiento quirúrgico descrito anteriormente. Reconozco lo siguiente:

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

- Quedo enterado de que esta atención médica o procedimiento quirúrgico no garantiza la conclusión o la curación de mi enfermedad.
I understand this care/procedure(s) does not guarantee a result or a cure to my condition.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre lo siguiente:
I have been given an opportunity to ask questions I may have about:
 1. Tratamientos alternativos,
Alternative forms of treatment,
 2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,
Risks of non-treatment,
 3. Los pasos que se sucederán durante la atención médica o procedimiento quirúrgico al que me someta, y
Steps that will occur during my care/procedure(s), and
 4. Los riesgos y peligros de someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico.

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,

11770 0126 100

Risks and hazards involved in the care/procedure(s).

- Considero que he recibido la información suficiente para poder otorgar mi consentimiento informado.
I believe I have enough information to give this informed consent.
- Declaro que el contenido del presente formulario se me ha explicado en su totalidad y que sus espacios en blanco han sido rellenados.
I certify this form has been fully explained to me and the blank spaces have been filled in.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
I have read this form or had it read to me.
- Entiendo la información contenida en este formulario.
I understand the information on this form.

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

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

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL



ATTN: JEN CO

FIRMA /SIGNED:

Verbal Consent for

6/18/20

12:10

Paciente/Persona legalmente responsable

covid precautions

Fecha

Hora A.M. o P.M.

Patient/legally authorized representative

Date

Time A.M. or P.M.

Los contenidos de este consentimiento se me han interpretado o traducidos en su totalidad y yo entiendo la interpretación/traducción.

The contents of this consent have been fully interpreted and/or translated. I fully understand the interpretation and/or translation.

Patient

Parentesco si es firmado por representante del paciente

Relationship if signed by Patient's representative

FIRMA/SIGNED:

Empleado que presenció la firma del paciente o representante

molde Fecha y hora

Associate who witnessed signature of Patient or representative Printed name of witness

Date and Time

El/la paciente entiende la naturaleza y el propósito del procedimiento(s), los beneficios del procedimiento, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos que conlleva el procedimiento, la posibilidad de complicaciones y las probables consecuencias de rehusarse al tratamiento recomendado, lo cual se basa en la evidencia clínica disponible relacionada con la cirugía y la anestesia.

The Patient understands the nature and purpose of the procedure(s), benefits of the procedure, possible alternative methods of treatment, the risks involved, possibility of complications, and the probable consequences of declining recommended treatment, based on the available clinical evidence related to surgery and anesthesia.

Firma del médico/proveedor/persona autorizada para obtener consentimiento

Nombre de persona autorizada en letra de molde

Fecha y hora

Signature of physician/provider/authorized person obtaining consent

Printed Name of Authorized person

Date and Time

Firma de Intérprete Médico Calificado (QMI)

Nombre en letra de molde

Fecha y hora

Signature of Qualified Medical Interpreter (QMI),

Printed Name

Date and Time

Intérprete Médico/Traductor o Language Line Solutions

Medical Interpreter/Translator or Language Line Service

(ID#)

Todos los espacios en blanco deben ser llenados. Cualquier información que no le corresponda a usted debe ser indicada con las letras "N/A", lo cual significa en inglés que no le corresponde.

All blanks must be filled in. Any inapplicable statements must be denoted by marking "N/A" (not applicable) where appropriate.

UNIVERSITY MEDICAL CENTER of El Paso
DISCLOSURE AND CONSENT FOR NON-SURGICAL,
MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURE