

RIVER ROAD SURGERY CENTER, LLC
CONSENT FOR OPERATION, ANESTHESIA OR OTHER PROCEDURES

1. I, the below named patient, do authorize the indicated surgeon and any assistants of his choice to perform the listed procedures.

PROCEDURE WILL BE VERIFIED ON DAY OF SURGERY

And if any unforeseen condition arises in the course of the operation calling in his judgment for procedures in addition to or different from those now contemplated, I further request and authorize him and his assistants to do whatever he deems advisable. I am aware of my physician's ownership status in the surgery center and am aware that I may have surgery performed at any other facility where my surgeon has privileges.

2. I hereby authorize River Road Surgery Center, its medical and professional staff, employees and agents to undertake the appropriate service and care necessary in conjunction with those procedures which I have authorized the above named physician to undertake in his efforts to alleviate my said condition or conditions.
3. The nature and purpose of the operation, possible alternative methods of treatment, risks involved and the possibility of complications have been explained to me. I have had an opportunity to discuss this operation with the doctors concerned. I have received answers to all questions I asked.
4. I have also been informed that in the performance of any surgical procedure there are other risks, such as severe loss of blood, infection, cardiac arrest, etc. I recognize that the practice of medicine is not an exact science and I acknowledge that no guarantees or assurances have been made to me concerning the results of the operation or procedure.
5. I consent to the administration of medication, blood or blood products, as deemed necessary by my physician(s). I understand that there are inherent risks in every blood transfusion and these risks have been explained to me.
6. I acknowledge that I have, to the best of my ability, informed my surgeon of all known allergies, unusual reactions to medication, radiopaque and radioactive medical and anesthetic agents.
7. I consent to the administration of such anesthetics as may be considered necessary or advisable by the physician responsible for this service.
8. The advantages and disadvantages of outpatient surgery have been explained to me. I realize that, following my operation, admission to a hospital might be advised. I agree to admission at SALEM HOSPITAL if, in the opinion of my physician, such admission should be deemed advisable and in my best interest.
9. Following surgery, I will have a responsible adult drive me home as per previous arrangements. I realize that impairment of full mental alertness may persist for several hours following the administration of anesthesia. I will avoid making decisions, or taking part in activities that depend upon full concentration of judgment, during this period.
10. Written instructions and directions have been given to me and I have read and will comply with all of them.
11. I authorize RIVER ROAD SURGERY CENTER to dispose of any specimen or tissue taken from my body or to retain specimen (tissues) for whatever reason they deem appropriate. I also acknowledge that I have been offered the state mandated "Coded Genetic Research Opt Out Form". **(Opt Out Form Available on Day of Surgery)**
12. I consent to taking and publication of any photographs, motion picture, or videotapes in the course of this operation for the purpose of advancing medical education, provided my identity is protected.
13. I consent to the admittance of qualified observers, such as nursing/medical students, technicians or otherwise authorized persons in the Operating Room for the purpose of medical education, provided my confidentiality is protected. I also release the facility and attending physician from any and all liability that may result from the observer's presence.
14. I am aware that if I have a life threatening complication during the course of this admission all measures will be taken to resuscitate me and transfer me to the Salem Hospital for advanced care.
15. I hereby give my consent for certain qualified persons to review my medical record. Such persons would include but not limited to state, federal and accreditation surveyors, risk management consultants, third party carriers, and quality improvement staff.
16. I am aware that it may become necessary to test my blood for Hepatitis B and C and for HIV and do hereby consent for such test.
17. I acknowledge that I have been made aware of my patient rights and responsibilities, verbally and in writing. I also received a copy of these rights and responsibilities in a language and manner that I understood. This was provided to me prior to the day of my surgery.

River Road Surgery Center, LLC

CONSENTIMIENTO PARA LA OPERACIÓN, LOS ANESTÉSICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS

DISCLAIMER: The translators have made every attempt to ensure accuracy in this document. However, the translators take no responsibility, legal or implied, for the accuracy of the original document, nor of the Spanish language translation of this document.

NEGACIÓN LEGAL: Los traductores han tratado de asegurar la precisión y exactitud de este documento. Mientras tanto, los traductores no aceptan ninguna responsabilidad, legal o implicada, por la precisión del documento original (en inglés), ni por esta traducción de documento en español.

1. Yo autorizo por este medio a mi médico a cualquier ayudante de su opción que lleve acabo sobre las operaciones siguientes: **(Procedimiento será verificado en día de la cirugía)**
Y si alguna condición imprevista se presenta en el curso de la operación, llamando en su juicio para procedimientos adicionales o diferente de éstos ahora que son contemplados, les solicito y les autorizo a él y a sus ayudantes hacer lo que él juzga recomendable. Estoy de entender que mi médico es uno de los dueños de este centro de cirugía, y estoy de entender que puedo tener esta cirugía llebado al cabo en cualquier otro centro donde mi cirujano tiene privilegios.
2. Autorizo por este medio a River Road Surgery Center, a sus personas médicas y cualificadas, a sus empleados, y a sus agentes que asumen el servicio apropiado y el cuidar que sea necesario conjuntamente con esos procedimientos que he autorizado al médico nombrado arriba llevar al cabo en sus esfuerzos de aliviar mi condición o mis condiciones indicada(s).
3. La naturaleza y el propósito de la operación, los métodos de tratamiento alternativos posibles, los riesgos implicados en este procedimiento, y la posibilidad de complicaciones se me han explicado. He tenido la oportunidad de discutir esta operación con el doctor o los doctores referido(s) y optener contestaciones a todas las preguntas que le(s) he hecho.
4. También me han informado que en el proceso de cualquier procedimiento quirúrgico hay otros riesgos, tales como la pérdida severa de sangre, una infección, un fallo cardiaco, etc. Reconozco que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha hecho ningunas garantías o aseguramientos referentes a los resultados de esta operación o de este procedimiento.
5. Consiento a la administración de medicación, de sangre, o de los productos de sangre, según lo juzgado necesario por mi médico. Entiendo que hay riesgos inherentes en cada transfusión de sangre, y estos riesgos se me han explicado.
6. Reconozco que al mejor de mi capacidad yo he informado a mi cirujano, de todas mis alergias sabidas, reacciones inusuales a las medicaciones, radiopaco y agentes médicos y anestésicos radiactivos.
7. Consiento a la administración de los anestésicos tales como puedan ser considerado necesario o recomendable por el médico responsable de este servicio.
8. Las ventajas y las desventajas de la cirugía sin admision para pacientes se me han explicado. Me doy cuenta de que, siguiendo mi operación, se puede aconsejarme la admisión a un hospital. Estoy de acuerdo con la admisión a Salem Hospital si en la opinión de mi médico tal admisión se juzga recomendable en mi mejor interés.
9. Después de la cirugía, aseguraré que un adulto responsable me llevara a casa, según arreglos anteriores. Me doy cuenta de que la debilitación de la vigilancia mental completa puede persistir por varias horas despues de la administración de anestésicos, y yo evitaré de hacer decisiones, o de participar en actividades que dependan en la concentración completa del juicio, durante este período.
10. Se me han dado instrucciones y direcciones escritas, y las he leído y cumplire con todas.
11. Yo autorizo a River Road Surgery Center que se deshaga de cualquier espécimen o tejido fino sacado de mi cuerpo o de conservar el espécimen por cualquier razón que sus empleados juzgan apropiado. Yo reconozco que me han ofrecido Notificación de su derecho a negarse a participar en investigación genética anónima o codificada en el futuro.
12. Consiento el tomar y la publicación de cualquier fotografía, película, o videocinta en el curso de esta operación, con el proposito de avanzar la educación médica, a condición de que se proteja el secreto de mi identidad.
13. Consiento con la entrada de observadores cualificados, tales como estudiantes del oficio de enfermera o de medicina, de técnicos médicos o de personas de otra manera autorizadas en el Salón de Operaciones con el proposito de la educación médica, con tal que el secreto de mi identidad se proteja. Pongo en libertad de responsabilidad legal al centro de cirugía y al médico que atiende, de cualquier y de todos los defectos que puedan resultar con la presencia de los observadores.
14. Entiendo que durante el curso de esta admisión, un directivo avanzado para un "testamento vivo" no será honrado.
15. Doy por este medio mi consentimiento que ciertas personas cualificadas repasen mi registro médico. Tales personas incluirían, pero no serían limitadas para indicar, tesadores del estado, federales, y de la acreditación, los consultores en administración de empresas de riesgo, las compañías de seguro tercero, y el personal de la mejora calidad.
16. Estoy de acuerdo que se puede llegar a ser necesario analizar mi sangre para la hepatitis B y C, y para el Sida, consiento con este medio para tal prueba.
17. Yo reconozco que he sido consciente de mis resposabilidades y derechos como paciente verbalmente y por escrito. Tambien he recibido una copia de estos derechos y responsa bilidades en un idioma y manera que yo entendí esta informacion se proporcionó a mi antes de la cirugía.