

OPERATION OR PROCEDURE

1. I _____ parent/guardian of _____ authorize
 Dr. Joel Friedlander/Jeremy Prager/Emily Deboer to perform the following
 operation or procedure: Nasal Esophagoscopy with biopsies: Insertion of a lighted instrument into the mouth to visualize the esophagus
. Small tissue specimens (biopsies) will be obtained.

I understand the reason for the procedure or operation is: _____

Alternatives to this operation or procedure have been fully discussed with me by the physician named above.

2. **Risks:** I give this authorization with the understanding that any operation or procedure may involve certain risks or hazards. I understand that such risks include, but are not limited to infection, bleeding, nerve injury, blood clots, allergic reactions and pneumonia. These risks may imply serious, possibly fatal, consequences. **The major significant risks of this particular procedure include:** Risks include but are not limited to: bloody nose, pain, abdominal pain, nausea, vomiting, sore throat, infection bleeding, bruising, and the rare risk of perforation (hole in nose, throat, esophagus, stomach, or intestine) and need for surgery, antibiotics, and Intensive Care Unit Admission.

3. **Anesthesia:** I understand that administration of anesthesia also involves risks, most importantly a reaction to medications causing death. I understand such reactions are rare but the possibility exists. I consent to the use of such anesthetics as may be considered necessary by the person responsible for administration of these medications or anesthetics. I understand these and other risks related to or associated with the giving of anesthetics will be discussed with me by the anesthesiologist.

4. **Additional Procedure:** If my physician/dentist discovers a different unsuspected condition at the time of surgery, I authorize him to perform such operation or procedure that he deems necessary.

5. I hereby authorize the physician/dentist and Children's Hospital Colorado to preserve for scientific or teaching purposes, or to dispose of any tissues, body parts, or organs removed as a necessary part of my (the patient's) care except as noted: _____

6. I understand that no guarantee or assurance has been made as to the ultimate result of the operation or procedure. It may not cure the condition for which it is performed.

I also understand Children's Hospital Colorado is a teaching institution and that the physicians in training may actively participate in the pre-operative and post-operative care of my child as well as the operation itself.

All levels of participation by the physicians in training will be under the direction of the physician named above.

7. **Patient's Consent:** I have read and fully understand this consent form. I understand that I should not sign this form if all items, including all my questions, have not been explained or answered to my satisfaction or if I do not understand any of the words contained in this form.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS AS TO THE RISKS OR HAZARDS OF THE PROPOSED OPERATIONS OR PROCEDURE OR PRESCRIPTION OR ANY OTHER QUESTIONS CONCERNING THE PROPOSED OPERATION OR PROCEDURE OR PRESCRIPTION, ASK YOUR PHYSICIAN NOW **BEFORE SIGNING THIS CONSENT FORM.**

 Date Time Patient or Person with authority to consent for patient

 Relationship to Patient

 Witness to signature if telephone consent

8. **Physician/Dentist Declaration:** I have explained the contents of this document to the patient and have answered all the patient's questions, and to the best of my knowledge I feel the patient has been adequately informed and has consented to the operation or procedure detailed above.

 Physician's/Dentist's Signature Date Time

ADDRESSOGRAPH



Children's Hospital Colorado

**PATIENT INFORMED CONSENT
 (OPERATION AND PROCEDURES)**

OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO

1. Yo, _____ padre/tutor de _____ autorizo al Dr. _____ a realizar la siguiente operación o procedimiento: _____

Yo entiendo que la razón por el procedimiento u operación es: _____

Las alternativas a esta operación o procedimiento han sido discutidas conmigo en su totalidad por el médico arriba mencionado.

2. **Riesgos:** Yo doy esta autorización entendiendo que cualquier operación o procedimiento involucra ciertos riesgos o peligros. **Yo entiendo que tales riesgos incluyen, pero no están limitados a infección, hemorragia, daño a los nervios, coágulos de sangre, reacciones alérgicas y pulmonía.** Estos riesgos pueden tener consecuencias serias o posiblemente fatales. **Los mayores riesgos significativos de este procedimiento en particular incluyen:** _____

3. **Anestesia:** Yo entiendo que la administración de la anestesia también tiene sus riesgos, aún más importante, una reacción a medicamentos que pueden causar la muerte. Yo entiendo que tales reacciones son raras pero existe la posibilidad. Yo doy mi consentimiento para el uso de tales anestésicos según se considere necesario por la persona responsable de la administración de estos medicamentos o anestésicos. Yo entiendo que estos y otros riesgos peculiares relacionados con la administración de anestésicos serán discutidos conmigo por el anesthesiólogo.

4. **Procedimientos adicionales:** Si mi médico/dentista descubre una condición diferente inesperada durante la operación, yo lo autorizo para que lleve a cabo tal operación o procedimiento que crea necesario.

5. **Yo, por medio de este consentimiento, autorizo al médico/dentista y al Hospital Children's (Children's Hospital Colorado) a preservar, por razones científicas o de enseñanza, o a disponer de cualquier tejido, parte del cuerpo, u órgano extraído como parte necesaria de mi cuidado (del paciente) excepto como se anota aquí:** _____

6. Yo entiendo que no se me ha hecho ninguna garantía ni se me ha asegurado nada sobre el resultado de la operación o procedimiento. Tal vez no cure la condición por la cual se está llevando a cabo.

Yo también entiendo que el Hospital Children's es una institución de enseñanza y que los médicos en entrenamiento pueden participar activamente en el cuidado pre-operativo y post-operativo de mi hijo al igual que en la operación. Cualquier nivel de participación de los médicos en entrenamiento estará bajo la dirección del médico arriba mencionado.

7. **Consentimiento del paciente:** He leído y entendido este consentimiento en su totalidad. Yo entiendo que no debo firmar este consentimiento al menos que todos los artículos, incluyendo todas mis preguntas, hayan sido explicadas y contestadas de modo satisfactorio o si no entiendo alguna de las palabras en este formulario.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LOS RIESGOS O PELIGROS DE LA OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO PROPUESTO O RECETA, O CUALQUIER OTRA PREGUNTA, HABLE CON SU MÉDICO AHORA **ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO.**

Fecha _____ Hora _____ Paciente o persona autorizada para dar consentimiento por el paciente _____

Parentesco con el paciente _____

Testigo de la Firma (el consentimiento por teléfono) _____

8. **Declaración del médico/dentista:** Le he explicado el contenido de este documento al paciente y he contestado a todas sus preguntas y, hasta donde yo entiendo, creo que el paciente ha sido adecuadamente informado y ha consentido a dicha operación o procedimiento arriba detallado.

(Physician/Dentist Declaration: I have explained the contents of this document to the patient and have answered all the patient's questions, and to the best of my knowledge I feel the patient has been adequately informed and has consented to the operation or procedure detailed above.)

Physician's/Dentist's Signature _____ Date _____ Time _____



Children's Hospital Colorado

**PATIENT INFORMED CONSENT
(OPERATION AND PROCEDURES)**

ADDRESSOGRAPH