

# 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: 22 TAC §104.2(e)(22)

Other entities approved by the Board per 22 TAC §104.2:

- A. Texas School of Sleep Medicine and Technology;
- B. Boyd W. Shephard, D.D.S., J.D;
- C. Dental Risk Solutions, LLC; and
- D. American Association of Dental Boards –  
Accredited Continuing Education Program (AADB-  
ACE)

**Figure: 25 TAC §601.5(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 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 PERSON  
(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 §601.5(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 AUTORIZADO (la firma es obligatoria)**

---

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 y número o apartado postal)**

---

**Ciudad, estado y código postal**

**Figure: 25 TAC §601.9(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 your condition and the recommended anesthesia/analgesia to be used so that you may make the decision whether or not to receive the anesthesia/analgesia after knowing the risks and hazards involved. This disclosure is not meant to scare or alarm you; it is simply an effort to make you better informed so you may give or withhold your consent to the anesthesia/analgesia.*

I voluntarily request that anesthesia and/or perioperative pain management care (analgesia) as indicated below be administered to me (the patient). I understand it will be delegated or supervised or personally performed by Dr. \_\_\_\_\_ and/or physician associates and such other health care providers as necessary. Perioperative means the period shortly before, during and shortly after the procedure.

I understand that anesthesia/analgesia involves additional risks and hazards but I request the use of anesthetics/analgesia for the relief and protection from pain or anxiety during the planned and additional procedures. 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, brain damage, paralysis, or death.

I also understand that other complications may occur. Those complications include but are not limited to:

*Check planned anesthesia/analgesia method(s) and have the patient/other legally responsible person 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.

\_\_\_\_\_ 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:

\_\_\_\_\_ 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.

---

---

---

I understand that no promises have been made to me as to the result of anesthesia/analgesia methods.

I have been given an opportunity to ask questions about my anesthesia/analgesia methods, the procedures to be used, the risks and hazards involved, and alternative forms of anesthesia/analgesia. I believe that I have sufficient information to give this informed consent.

This form has been fully explained to me, I have read it or have had it read to me, the blank spaces have been filled in, and I understand its contents.

**PATIENT/OTHER LEGALLY RESPONSIBLE PERSON (signature required)**

---

**DATE:** \_\_\_\_\_ **TIME:** \_\_\_\_\_ **A.M. /P.M.**

**WITNESS:**

---

**Signature**

---

**Name (Print)**

---

**Address (Street or P.O. Box)**

---

**City, State, Zip**

**Figure: 25 TAC §601.9(2)**

**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 cardíaco, 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 (la firma es obligatoria)**

---

**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 y número o apartado postal)**

---

**Ciudad, estado y código postal**