

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS/QUIRURGICOS EN EL CONSULTORIO

New River Family Wellness, PLLC
420 East Second Street, West Jefferson, NC 28694

Yo (o mi representante autorizado, i.e., padre, guardián), _____, consiento al procedimiento medico/quirúrgico, descrito más adelante, llevado a cabo por _____ y su personal, asociados, o asistentes quienes serán asignados ciertas responsabilidades por el medico llevando a cabo el procedimiento. En el caso de que uno o más de uno de los médicos no pueda llevar a cabo el procedimiento o terminar el procedimiento, un médico sustituto cualificado llevara a cabo el procedimiento o terminara el procedimiento.

El procedimiento medico/quirúrgico propuesto es _____ para el tratamiento/diagnosis de _____. El procedimiento se me ha explicado en términos que yo entendí. La explicación incluyo:

- La naturaleza y el alcance del procedimiento que será llevado a cabo.
- Los riesgos más frecuentes del procedimiento envuelto, y los riesgos que no son muy probables pero que pueden tener consecuencias serias, los cuales incluyen pero no se limitan a lo siguiente: _____
- Los riesgos generales lo que incluye el dolor, cicatrices, sangrado e infección.
- Los beneficios del procedimiento.
- El periodo estimado de incapacidad o convalecencia, si es que existe una.
- Los riesgos y beneficios de cualquier alternativa razonable a este procedimiento lo que incluye el no recibir ningún tratamiento.

Se me dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta con respecto al procedimiento y se me han contestado dichas preguntas hasta quedar satisfecho.

Yo comprendo que puedo consultar o pude haber consultado con otro médico con respecto a este procedimiento.

Yo comprendo que tengo el derecho a rehusar cualquier tratamiento médico/quirúrgico recomendado en cualquier momento antes de que se lleve a cabo.

Yo autorizo a mi médico a que realice cualquier procedimiento adicional según él o ella juzgue necesario o apropiado para mi tratamiento/diagnosis.

Si surge alguna condición no prevista durante este procedimiento que requiera transportación al hospital, algún procedimiento adicional, operación o medicamento lo que incluye anestesia y transfusiones de sangre, yo pido y autorizo a mi médico a que haga lo que sea necesario a favor mío conforme a su opinión médica.

Yo estoy al tanto de que la facultad de medicina y cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se ha garantizado los resultados de este procedimiento.

Yo autorizo a que el medico llevando a cabo este procedimiento, su personal, asociado, o asistente que haya sido asignado cierta responsabilidad por el médico, a que use su buen juicio para deshacerse de cualquier tejido o parte del cuerpo que haya sido removido durante el procedimiento mencionado anteriormente, con las siguientes condiciones (si es que hay una):

Yo autorizo a que el estudiante o médico en entrenamiento esté presente y participe en mi atención medica; un representante o técnico de la compañía que fabrique el aparato médico que se usara puede que esté presente durante el procedimiento; puede que se tome fotografías médicas para propósitos médicos, científicos, o educativos, siempre y cuando no se revele mi identidad ni en la foto ni por escrito.

Yo reconozco que he leído (o que se me ha leído) y que entiendo completamente la información descrita anteriormente. Además, certifico que todas mis preguntas y preocupaciones conforme a este procedimiento, los posibles riesgos, beneficios y alternativas se me han explicado satisfactoriamente. Por lo tanto, autorizo a mi médico a llevar a cabo el procedimiento descrito anteriormente.

Firma del Paciente o el Representante Legal del Paciente (si es que es menor de 18 o está incapacitado) /Fecha

Firma del testigo/Fecha

Firma del Medico/Fecha