

PAFICIFIC SURGERY CENTER, LLC  
Forma de Consentimiento Quirúrgico

1. Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo al Dr.(a). \_\_\_\_\_ y a quien sea que el/ella designa como su asistente para realizar la cirugía/tratamiento/procedimiento diagnóstico seguido:

---



---



---

2. Yo autorizo a él/ella que haga lo que se ha estimado necesario si suceda alguna condición durante el transcurso de la cirugía/tratamiento/procedimiento diagnóstico, que se requiere, en su opinión, algunos procedimientos diferentes o aparte de los que se está considerando ahora.
3. Los estudiantes, representantes de la industria de cuidado de salud, inspectores, u otros pueden quedarse a mirar el procedimiento u observar el cuidado durante mi estancia. Esto tiene que estar aprobado por parte de la instalación.
4. Los beneficios/riesgos, alternativos, y consecuencias asociados con anestesia me han estado explicados, y consiento a la administración de anestesia como se ha estimado necesario.
5. Doy mi consentimiento al desecho de algún tejido, partes u órganos que me pueden sacar.
6. Doy mi consentimiento a la grabación o rodaje del procedimiento, cuidado, y/o servicios prestados, limitados a los propósitos organizacionales de educación médica o la mejora de desempeño. Entiendo que la grabación u otros imágenes serán confidenciales y sujeto a las mismas reglas de privacidad que mi expediente médico.
7. La naturaleza y propósito de la cirugía/tratamiento/procedimiento diagnóstico, incluso los riesgos, beneficios, alternativos, consecuencias, complicaciones potenciales y tratamientos alternativos están explicados por el médico y entiendo que no me ha dado ninguna garantía ni promesa sobre los resultados que pueda obtener.
8. Entiendo que la naturaleza de la cirugía / tratamiento / procedimiento de diagnóstico es como se indicó anteriormente.
9. En el caso muy raro de que el personal de un personal esté expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se extraerá y analizará mi sangre para detectar el VIH y la hepatitis. Los resultados de estas pruebas se divulgarán solo al trabajador de atención médica expuesto, a los servicios de salud para empleados de esta instalación, al Departamento de Salud del Estado y a mi médico, si está indicado.

**Certifico que he leído y entiendo completamente la autorización arriba o me lo han leído y lo entiendo, y que todos los blancos o declaraciones que requieren cumplimiento o inserción estaban rellenos y/o numero de la declaración \_\_\_\_ estaba tachado antes de que yo firmé.**

Firma de Paciente	Fecha
Firma del Padre/Tutor Legal si el Paciente es Menor de Edad/Poder de Abogado	Hora  <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Relación al Paciente	
Testigo	

**Consentimiento Telefónico**

La Persona Dando el Consentimiento	Relación
Testigo #1	Fecha
Testigo #2	Fecha
	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.

Información educacional proporcionado