



Consentimiento Informado de Procedimiento Quirúrgico o Diagnóstico

Nombre de paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo y reconozco que, durante el curso de mi tratamiento de hoy, es posible que se requieran los siguientes procedimientos:

una anoscopia, una proctosigmoidoscopia rígida, el vendaje de una hemorroide, la extirpación de una lesión anal y/o el tratamiento del anorrecto con el posible uso de anestesia local.

Reconozco y entiendo que antes de que se realice cualquier procedimiento, se me darán instrucciones más específicas. Se explicará un diagnóstico y tendré la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas a esas preguntas. El procedimiento procederá únicamente cuando se haya obtenido un consentimiento informado verbal y este consentimiento informado por escrito.

RIESGOS:

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido garantías o promesas con respecto a él o los resultados de los procedimientos. Entiendo que como resultado de la realización del o de los procedimientos existe un riesgo menor de que pueda sufrir una infección, reacción alérgica o pérdida de sangre.

Los beneficios potenciales y la probabilidad de éxito con el tratamiento son muy buenos. Entiendo y reconozco que existen alternativas al tratamiento como (pero no limitado a) cirugía invasiva, coagulaciones infrarrojas, medicamentos de venta libre (OTC) y no buscar tratamiento es decir, vivir con la(s) condición(es). Si se rechaza el procedimiento, el pronóstico futuro es desconocido en este momento.

Reconozco y entiendo que durante el curso del procedimiento(s), pueden desarrollarse condiciones que razonablemente pueden requerir una extensión del procedimiento(s) original(es) o la realización de procedimiento(s) que son imprevistos, o que no se sabe que serán necesarios en el momento en que se obtiene este consentimiento y que mi médico tratante no será responsable de ninguna circunstancia imprevista.

Reconozco y entiendo que esta solicitud y consentimiento para procedimientos quirúrgicos y/o diagnóstico será válido para el médico responsable, todo el personal médico bajo la supervisión y el control directos del médico, y para todo el resto del personal médico que de otro modo participe en el curso de tratamiento.

Al firmar a continuación, he leído este formulario y me han leído y/o explicado este formulario y que entiendo completamente este formulario, y he tenido amplia oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas que he hecho han sido respondidas o explicadas en una manera satisfactoria. Al firmar, entiendo los riesgos relativos, los beneficios potenciales, y las alternativas para la terapia de hemorroides y voluntariamente doy mi consentimiento para permitir que el Dr. _____ o cualquier médico designado o seleccionado por ellos y todo el personal que de otro modo pueda estar involucrado en la realización de dichos procedimientos, realice el procedimiento descrito o mencionado en este documento.

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha/Hora

Firma de Testigo

Fecha/Hora