



CORONA SUMMIT SURGICAL CENTER

Consentimiento y Solicitud de Cirugía / Procedimiento

Declaración del Paciente

Yo el (paciente o representante autorizado), autorizo al médico mencionado anteriormente y Primer Asistente para realizar la operación / procedimiento anterior:

Riesgos: Esta autorización se da con el entendimiento de que cualquier operación o procedimiento implica algunos riesgos y peligros. Los riesgos más comunes incluyen infección, hemorragia, lesión nerviosa, coágulos de sangre, ataques al corazón, reacciones alérgicas, y la neumonía. Estos riesgos pueden ser graves y potencialmente mortales.

Embarazo: Entiendo que los medicamentos y la anestesia que me dieron durante mi cirugía pueden causar daño a un niño no nacido. Si hay alguna posibilidad de que pueda estar embarazada, entiendo que tengo que notificar a mi cirujano y anesthesiólogo inmediatamente. Como una mujer en edad fértil, también consiento a una prueba de embarazo que se realizan antes de mi procedimiento. Puedo negarme la prueba de embarazo con sus iniciales al final de este párrafo. De esta manera, entiendo también asumo todos los riesgos de daños en relación con este tipo de cirugía o anestesia que puede ocurrir a cualquier feto que pudieran tener.

Procedimientos adicionales: Si mi médico descubre un problema diferente, no sospechado en el momento de la cirugía que puede llegar a ser mortal si no se atiende de inmediato, autorizo a él / ella para llevar a cabo estos tratamientos que se consideren necesarias.

TEJIDO: Cualquier tejido, cuerpo extraño o prótesis quirúrgicamente pueden ser retenidos para su examen y eliminados por Corona Summit Centro Quirúrgico conformidad con la práctica acostumbrada y como exige el Reglamento.

- Yo consiento a la visita de personal médico observar mi procedimiento a criterio de mi cirujano.
- Doy mi consentimiento a la visita de representantes de la empresa que estén presentes durante la cirugía con el único fin de consultar sobre el uso de equipos / instrumentos.
- Doy mi consentimiento para fotografías o grabar en video de mi procedimiento que puede ser don, a petición de mi médico.

Entiendo que no hay garantía o aseguramiento se ha hecho en cuanto a los resultados del procedimiento y que no puede curar las enfermedades. Mi médico también ha discutido conmigo la probabilidad de éxito de este procedimiento, así como la probabilidad de efectos secundarios graves.

Período de recuperación: Mi médico ha discutido conmigo la duración probable del período de recuperación y los problemas que pueden surgir durante mi recuperación.

**NO FIRME A MENOS QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDER
COMPLETAMENTE ESTA FORMA**

Si usted tiene preguntas acerca de los riesgos o peligros de la cirugía o tratamiento propuesto, o si tiene preguntas sobre la operación o tratamiento propuesto, pregunte a su cirujano Ahora, antes de firmar la autorización. Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para este procedimiento en cualquier momento antes de su realización.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: He leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento y entiendo que no debo firmar esta forma hasta que todos los elementos, incluyendo a mis preguntas, han sido explicados o contestadas a mi satisfacción. Con mi firma, doy mi consentimiento para la realización de este procedimiento. También doy mi consentimiento a las medidas necesarias para corregir las complicaciones que pueden resultar.

Declaración del médico

AFIRMACIÓN DEL MÉDICO: He leído y comprendido completamente este formulario de consentimiento y entiendo que no debo firmar esta forma hasta que todos los elementos, incluyendo a mis preguntas, han sido explicados o contestadas a mi satisfacción. Con mi firma, doy mi consentimiento para la realización de este procedimiento. También doy mi consentimiento a las medidas necesarias para corregir las complicaciones que puedan surgir.