

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA, ADMINISTRACION DE ANESTESICOS Y PRESTACION DE OTROS SERVICIOS MEDICOS

Nombre del Paciente _____

1. Por este medio autorizo y dirijo a _____ M.D. y/o sus asociados o asistentes de su elección, para realizar la siguiente cirugía en mí. (Mi hijo(a) o pupilo).
2. Por este medio autorizo y dirijo al cirujano en mención anterior para organizar dichos servicios adicionales para mí, tanto como él/ella estime necesarios o recomendables, incluyendo pero sin límites a la administración y mantención de anestesia y el proporción de servicios de patología y radiología; y por la presente doy mi consentimiento a.
3. Por este medio autorizo a un Patólogo a que utilice su discreción en la eliminación de cualquier tejido cortado o membranas, con la excepción de: _____.
4. Estoy consciente de que mi médico puede tener intereses de propiedad en las instalaciones, y reconozco que yo tengo el derecho de tener el procedimiento realizado en otro lugar.
5. Yo/Nosotros por este medio autorizo a todos los médicos, farmaceutas, LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC u otras instituciones proveyendo cuidados y tratamientos, a facilitar a las partes responsables y/o compañías de seguro médico información completa concerniente a los servicios prestados. (Incluyendo copias de expedientes médicos).
6. RECONOZCO que he sido informado por el personal de LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC que no debo conducir un automóvil hasta que los efectos del medicamento anestésico se haya desvanecido. Esto significa que entiendo que no debo conducir hasta el próximo día de mi operación, este siendo el más breve lapso de tiempo.
7. Doy mi consentimiento para la realización de pruebas para Hepatitis B y VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) según el protocolo de LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC en caso de que el personal médico involucrados en mí cuidado estén expuestos a mi sangre o fluidos corporales.
Divulgación de resultados se determinara por las regulaciones estatales y federales estándar.
8. Doy consentimiento al uso de video-grabado y/o fotografía de mi cirugía a discreción de mi cirujano y libero a LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC de toda responsabilidad por reclamos de cualquier tipo por tomar y utilizar las fotografías o cintas.
9. Entiendo que si estoy embarazada o si existe alguna posibilidad de un embarazo, debo de informar inmediatamente al personal de LOWCOUNTRY OUTPATIENT SURGERY CENTER, LLC debido a que es preocupante como la anestesia y/o algún procedimiento específico pudiera afectar mi embarazo.
10. He recibido los Derechos del Paciente verbalmente y por escrito.

HE LEIDO Y COMPRENDO EL SIGNIFICADO DE LOS PARRAFOS ENUMERADOS DEL UNO AL DIEZ EN ESTE DOCUMENTO. ACEPTO EN NOMBRE DE MI MISMO Y/O EL PACIENTE DE TODOS LOS PUNTOS ENLISTADOS EN ESTOS PARRAFOS.

La necesidad de una cirugía, métodos alternos de tratamiento, y los potenciales riesgos de la cirugía, y la posibilidad de complicaciones me han sido explicadas y ninguna garantía ha sido hecha como resultado de curación.

Hora: _____ **Firma del Paciente:** _____

Padre o Tutor Legal si el paciente es un menor o no puede firmar)

Fecha: _____ **Firma del Testigo:** _____

Firma del Médico Cirujano: _____