

患者氏名 :
患者 ID :

Formulario de consentimiento para cirugía

- Nombre de su enfermedad y de la cirugía:
- Síntomas actuales:
- Razón y objetivo para la cirugía:
- Método operatorio y método anestésico:
- Fecha programada para la cirugía (Año/Mes/Día, día de la semana):
- Otro:

Si acepta someterse a la cirugía indicada arriba, por favor complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación detallada de la cirugía indicada arriba y la he entendido. Yo acepto someterme a la cirugía. (Incluso después de firmar, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento).

También acepto que se lleven a cabo los procedimientos pertinentes conforme a la decisión de mi médico.

Fecha del consentimiento: año _____ mes _____ día _____

Nombre y apellido del paciente: _____ (en letras de imprenta)

Firma del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre y apellido del representante: _____ (en letras de imprenta)

Firma del representante: _____

(relación con el paciente: _____)

Dirección del representante: _____

Si rehúsa someterse a la cirugía indicada arriba, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo entiende, complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación acerca de la necesidad de someterme a la cirugía; sin embargo rehúso someterme a la cirugía. No haré responsables a mi médico, al doctor encargado del examen, o al hospital de las consecuencias de mi decisión.

Fecha de la firma: año _____ mes _____ día _____

Nombre y apellido del paciente: _____ (en letras de imprenta)

Firma del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre y apellido del representante: _____ (en letras de imprenta)

Firma del representante: _____

(relación con el paciente: _____)

Dirección del representante: _____

He dado una explicación de la cirugía a la persona arriba firmante.

Fecha de la explicación: año _____ mes _____ día _____

Departamento: _____ **Médico responsable:** _____ **Sello** _____

Confirmando que el paciente (o su representante) arriba firmante ha aceptado o rehusado someterse a la cirugía mediante la firma del presente documento.

Fecha de la confirmación: año _____ mes _____ día _____

Departamento: _____ **Médico responsable:** _____ **Sello** _____

*Si el paciente es un menor de edad que no tiene potestad para aceptar, o es una persona que no puede aceptar y firmar por estar inconsciente o por sufrir algún otro trastorno, el documento deberá ser firmado por un progenitor, tutor, adulto responsable del menor o familiar en la sección de arriba destinada al "Representante".