



Divulgación y Consentimiento: Procedimientos Médicos
La circuncisión electiva

PARA EL PACIENTE: *Usted tiene el derecho como paciente a ser informado sobre su enfermedad y la intervención quirúrgica, médica, o de diagnóstico que se recomienda utilizar para que usted pueda tomar la decisión de si debe o no someterse al procedimiento, después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta descripción no pretende asustar o alarmar a usted, que es simplemente un esfuerzo para hacer mejor informado para que pueda dar o negar su consentimiento para el procedimiento.*

Solicito voluntariamente Dr. _____, como mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos, y otros proveedores de salud que consideren necesario, para tratar mi enfermedad, que ha sido explicado como: eliminación del prepucio.

Entiendo que se han previsto los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos para mí, y voluntariamente consiento y autorizo estos procedimientos: la circuncisión electiva.

Entiendo que mi médico puede descubrir otras o diferentes condiciones que requieren procedimientos adicionales o diferentes de los previstos. Yo autorizo a mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos y otros profesionales de la salud para llevar a cabo otros procedimientos que son prudentes en su opinión profesional.

Entiendo que ninguna seguridad ni garantía se ha hecho para mí, como para provocar o curar.

Así como no puede haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con el desempeño de los médicos quirúrgicos y / o de diagnóstico, procedimientos planeados para mí. Yo (nosotros) comprendo que común a cirugía médica y / o de diagnóstico, procedimientos, es la posibilidad de infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragias, reacciones alérgicas e incluso la muerte. También me doy cuenta de que se pueden presentar los siguientes riesgos y peligros en relación con este procedimiento en particular: daño a la uretra, la eliminación de exceso de piel o incompleta, la cicatrización que resulta en un pene oculto o curvada.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos de la falta de tratamiento, los procedimientos que se utilizarán, así como los riesgos y peligros involucrados, y creo que tengo información suficiente para dar este consentimiento informado .

Certifico que este formulario ha sido plenamente explicado a mí, que he leído o he tenido que leer para mí, que los espacios en blanco se han completado y que entiendo su contenido.

Fecha: _____

Hora: _____

Paciente/Representante Legal Firma

Firma del testigo

Paciente/Representante Legal Nombre Impreso

Testigo Nombre Impreso

Approved: 07/28/2014