



**Divulgación y Consentimiento: Procedimientos Médicos**  
**Mole Removal / Biopsia**

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: tumor benigno (lunar).

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

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: el dolor, cicatrización, sangrado, infección, la necesidad de tratamiento adicional.

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*