

**Consentimiento para procedimiento médico**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Acepto y ordeno (Proveedor) \_\_\_\_\_

Para realizar (Procedimiento) \_\_\_\_\_

Usando (Tipo de anestesia) \_\_\_\_\_

Motivo del procedimiento (diagnóstico) \_\_\_\_\_

Se me han explicado los riesgos, beneficios, alternativas y complicaciones, y se han respondido mis preguntas. Yo, el paciente, o alguien que me representa, he aprobado el procedimiento y el plan de anestesia.

Es posible que mi proveedor deba realizar otros procedimientos durante este procedimiento o que tenga que interrumpirlo antes de que finalice. Esto podría suceder si encuentra una afección inesperada. Cualquier hallazgo inusual o procedimiento alternativo se hablará conmigo.

Doy mi permiso para que se envíen al laboratorio todas las muestras necesarias para su análisis. Entiendo que esto a veces implicará cargos adicionales por parte del laboratorio. Se espera que este procedimiento REQUIERA/NO REQUIERA una muestra de laboratorio.

Entiendo el propósito del procedimiento necesario para mi tratamiento. Sé que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Sé que no se puede garantizar el resultado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre/Madre/Tutor en caso de menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma