

90-01A Roosevelt Ave
Jackson Heights, NY 11372
Tel. (718) 396-2005
Fax (718) 396-2006
www.QueensGldocs.com



Israel Aviles, M.D.
David Tenenbaum, M.D.
Jeannette Smith, RPA-C

Consentimiento Informado

Nombre del paciente:_____ **Fecha de nacimiento:**_____

Entiendo que en el transcurso de mi tratamiento el día de hoy, podrían requerirse los siguientes procedimientos:

Anoscopia, ligadura de hemorroides.

Reconozco y entiendo que antes de que se realice cualquier procedimiento, el médico me ofrecerá instrucciones más específicas. El médico explicará el diagnóstico, y tendré la oportunidad de hacer preguntas y de recibir respuestas a tales preguntas. Los procedimientos iniciarán solo después de que haya dado mi consentimiento informado verbal y firmado este consentimiento informado por escrito.

RIESGOS

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no he recibido ninguna garantía ni promesa sobre los resultados de los procedimientos. Entiendo que como resultado del desempeño de los procedimientos, hay un pequeño riesgo de que pueda sufrir dolor, síntomas urinarios, hemorragia, infección o una reacción alérgica, además del riesgo de síntomas recurrentes de hemorroides.

Los beneficios potenciales y la probabilidad de éxito con el tratamiento son muy buenos. Entiendo y reconozco que hay alternativas al tratamiento, por ejemplo, cirugía invasiva, coagulación infrarroja, medicamentos de venta libre, no recibir tratamiento (es decir, vivir con las afecciones), entre otros. Si el procedimiento se rechaza, el pronóstico a futuro se desconoce en este momento.

Reconozco y entiendo que durante el curso de los procedimientos, pueden desarrollarse condiciones que razonablemente pueden necesitar la ampliación de los procedimientos originales u otros procedimientos no previstos o cuya necesidad se desconoce al momento de otorgar este consentimiento. En el caso de tales circunstancias imprevistas, autorizo a mi médico tratante que proporcione el tratamiento que considere médicamente necesario.

Reconozco y entiendo que esta solicitud y consentimiento de procedimientos quirúrgicos y/o de diagnóstico será válida para el médico a cargo, todo el personal médico bajo la supervisión directa y control del médico, y para todo el otro personal médico que de alguna manera se involucre en el curso del tratamiento.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído este formulario, o que alguien me lo leyó y/o explicó, y que entiendo plenamente este formulario. También reconozco que he tenido una amplia oportunidad de hacer preguntas, y que cualquier pregunta hecha ha sido respondida o explicada a mi satisfacción. Al firmar, reconozco que entiendo los riesgos relacionados, los beneficios potenciales y las alternativas para la terapia de hemorroides, y voluntariamente otorgo mi consentimiento para que el Dr. _____, o cualquier médico designado o seleccionado por dicho médico, y todo el otro personal que de alguna puede involucrarse en tales procedimientos, realice los procedimientos descritos o referenciados en el presente documento. También reconozco que entiendo, y otorgo mi consentimiento para, el hecho de que proveedores u otros observadores pueden estar presentes durante la realización de mis procedimientos.

Firma del paciente o persona que firma en nombre del paciente

Fecha/hora

Firma del testigo

Fecha/hora