



Consentimiento para una Operación, Procedimiento, Anestesia u otros Servicios Médicos

Apply Patient Label

- 1. Doy mi autorización para que este paciente se someta a las siguientes operaciones o procedimientos...
2. Doy fe de lo siguiente: mi médico me ha explicado la naturaleza, finalidad y posibles consecuencias de cada operación o procedimiento...
3. Entiendo que, por causas imprevistas en una operación o procedimiento, puede ser necesario realizar operaciones o procedimientos diferentes...
4. Autorizo el empleo de anestésicos en la medida en que sean necesarios y recomendables...
5. Autorizo el examen anatómico y la eliminación de tejidos o partes corporales extraídas durante la operación o procedimiento...
6. Sé que Phoenix Children's Hospital es un hospital docente en el que se enseña y capacita como médicos y cirujanos a los médicos residentes.

FIRMAS

Entiendo el procedimiento que se le va a realizar a mi niño, así como los riesgos, ventajas, alternativas y resultados esperados. Doy mi autorización para que mi niño se someta al procedimiento que me explicaron.

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Hora

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal del paciente

Relación con el paciente

Firma del testigo

Nombre en letra de imprenta del testigo

Fecha

Hora

(I have explained the above operation, procedure, anesthetics, or other medical services, including the risks, benefits, alternatives, and expected results, to the patient/patient's legally authorized representative named above and answered all questions to his/her apparent satisfaction.)

Practitioner Signature

Practitioner Printed Name

Date

Time

Interpreter Signature

Interpreter's Printed Name/ ID Number

Date

Time

