

## CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO

**NOTA PARA EL PACIENTE:** Toda prueba, procedimiento o tratamiento implica riesgos. No es posible garantizar o dar certeza de un resultado exitoso. Es importante que comprenda claramente y acepte la prueba de diagnóstico, procedimiento o tratamiento planificado.

Autorizo al Dr. Paolo Jorge, MD, y a los médicos, auxiliares, asistentes y otros miembros del personal o al hospital o institución médica elegidos por dicho médico a realizar lo siguiente:

### **Estudio de conducción nerviosa (nerve conduction study, NCS) y electromiografía (EMG), conocidos comúnmente como pruebas musculares y de los nervios**

y/o a brindar toda otra prueba, procedimiento o tratamiento que a su juicio sea recomendable para mi bienestar, que incluye las pruebas, procedimientos o tratamientos que se consideren médicamente aconsejables para resolver afecciones que se descubran durante la prueba, procedimiento o tratamiento antes mencionado.

- **RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES.** Estoy conforme con lo que he comprendido acerca de los riesgos y complicaciones más comunes de la prueba, procedimiento o tratamiento descrito aquí de modo general. Estos riesgos incluyen el riesgo de sangrado, infección, dolor, anestesia y muerte.
- **RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECÍFICOS.** Estoy conforme con lo que he comprendido acerca de los riesgos específicos de esta prueba, procedimiento o tratamiento, entre ellos: **Adormecimiento o daño en los nervios**
- **MÉTODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO.** Estoy conforme con lo que he comprendido acerca de las pruebas, procedimientos o tratamientos alternativos, y sus posibles beneficios y riesgos, entre ellos: **Esta es una prueba de diagnóstico, la alternativa es no realizarla.**
- **NO RECIBIR TRATAMIENTO.** Estoy conforme con lo que he comprendido acerca de las posibles consecuencias, resultados o riesgos si no se realiza la prueba, procedimiento o tratamiento.
- **SEGUNDA OPINIÓN.** Me han ofrecido la oportunidad de solicitar una segunda opinión con respecto a la prueba, procedimiento o tratamiento propuesto.
- **ACCIÓN ADICIONAL O DIFERENTE DURANTE LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO.** Comprendo que pueden surgir afecciones imprevistas en este momento y que puede ser necesario y aconsejable realizar pruebas, procedimientos o tratamientos distintos o adicionales a esta prueba, procedimiento o tratamiento antes descrito. Por medio del presente autorizo y doy mi consentimiento para la realización de dicha prueba, procedimiento y/o tratamiento adicional o diferente según se considere necesario y aconsejable.
- **OTROS SERVICIOS.** Doy mi consentimiento para la prestación de servicios de patología y radiología según sea necesario y además autorizo que se deseche cualquier tejido o miembro seccionado de acuerdo con las prácticas habituales del hospital o institución médica.
- **FOTOGRAFÍA.** Doy mi consentimiento para que se fotografíe, filme o grabe en video la prueba, procedimiento o tratamiento con fines educativos o de diagnóstico.
- **SIN GARANTÍAS.** Comprendo que hay riesgos en cualquier prueba, procedimiento o tratamiento y que no es posible garantizar ni asegurar un resultado exitoso.
- **OTRAS PREGUNTAS.** Estoy conforme con lo que he comprendido acerca de la naturaleza de la prueba, procedimiento o tratamiento y se han respondido todas mis preguntas adicionales acerca de la prueba, procedimiento o tratamiento.

He leído este formulario y se me ha ofrecido una copia.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

ETIQUETA

