



**Consentimiento para procedimiento médico o quirúrgico en el consultorio
Vera Whole Health**

Yo (o mi representante autorizado, es decir, padre, madre o tutor), _____, brindo mi consentimiento para los tratamientos médicos o quirúrgicos (en adelante, denominados “procedimientos”) descritos a continuación que serán realizados por _____ y el personal, los asociados o los asistentes a quienes los proveedores que realizan el procedimiento puedan asignar responsabilidades. En caso de que uno o más de los proveedores no puedan realizar o completar el procedimiento, un proveedor suplente calificado realizará o completará el procedimiento.

El procedimiento médico o quirúrgico propuesto es _____ para el diagnóstico o tratamiento de _____.

El procedimiento se me ha explicado en un vocabulario que comprendo. La explicación incluyó lo siguiente:

- El carácter y el alcance del procedimiento que se realizará.
- Los riesgos más frecuentes del procedimiento y los riesgos que son poco probables pero que podrían implicar consecuencias graves, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Los riesgos generales, que pueden incluir dolor, cicatrices, hemorragia e infección.
- Los beneficios del procedimiento.
- Los resultados esperados del procedimiento.
- El período estimado de incapacidad o convalecencia, si lo hubiese.
- Los riesgos y beneficios de cualquier alternativa al procedimiento, incluida la no realización de ningún procedimiento.

Se me brindó la oportunidad de realizar preguntas sobre el procedimiento y se respondieron las preguntas de manera satisfactoria.

Comprendo que puedo consultar o podría haber consultado a otro proveedor sobre este procedimiento.

Comprendo que tengo derecho a rechazar cualquier tratamiento médico o quirúrgico recomendado en cualquier momento antes de su realización.

Autorizo a mi proveedor a realizar los procedimientos adicionales y secundarios que a su criterio sean necesarios o apropiados para llevar a cabo el tratamiento.



Si surge alguna afección no prevista durante este procedimiento que requiera la derivación a un hospital, procedimientos adicionales, operaciones o la administración de medicamentos, incluidas anestesia y transfusión de sangre, solicito a mi proveedor que haga todo lo que considere aconsejable para mí y lo autorizo a realizarlo.

Comprendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han expresado garantías con respecto a los resultados de este procedimiento.

Autorizo al proveedor que realiza el procedimiento o al personal, los asociados o los asistentes a quienes el proveedor pueda asignar responsabilidades a usar su discreción con respecto a la eliminación o el uso de cualquier tejido o parte del cuerpo que se pudiera remover durante el procedimiento descrito anteriormente, sujeto a las siguientes condiciones (si las hubiese):

_____.

Autorizo que proveedores en capacitación puedan participar de mi atención; autorizo que un representante o técnico de una compañía de dispositivos médicos esté presente en el procedimiento; y autorizo que se utilicen fotografías médicas con fines médicos, científicos o educativos, siempre que mi identidad no se revele en la fotografía o el texto.

Si el proveedor o cualquier otra persona que me brinde atención entran en contacto con mi sangre u otro fluido corporal, acuerdo que se analice mi sangre para detectar enfermedades contagiosas. Esto incluye pruebas de VIH, hepatitis y otras enfermedades. Además, autorizo que se divulguen los resultados de las pruebas de sangre a las personas expuestas. Si se encontrara alguna enfermedad, mi proveedor se comunicará conmigo para analizar el tratamiento, si fuera necesario.

Reconozco que he leído (o me han leído) y que comprendo completamente la información mencionada anteriormente. Además, certifico que me han respondido satisfactoriamente todas las preguntas e inquietudes sobre el procedimiento, los riesgos relacionados, los beneficios y las alternativas. Autorizo por la presente a mi proveedor a realizar el procedimiento indicado anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Testigo de la firma: _____ Fecha: _____

Certifico que le he explicado la información de este documento al paciente o a la persona que brinda el consentimiento. En mi opinión, la persona que otorga el consentimiento ha comprendido completamente los temas analizados.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____