

Paciente ID No.: \_\_\_\_\_  
(Si se desconoce, deje vacío)

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

Por la presente yo autorizo y dirijo al Dr. \_\_\_\_\_ con los asociados y asistentes de su elección, para  
(Nombre del Médico)

llevar a cabo el siguiente procedimiento en \_\_\_\_\_ que es mi \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente) (Parentesco)

tal y como lo hemos acordado: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Procedimiento)

Además autorizo al(los) doctor(es) a llevar a cabo cualquier otro procedimiento que a su juicio crean necesario o aconsejable en caso de que se presenten circunstancias imprevistas durante el procedimiento. Se me han explicado los detalles de este procedimiento en términos que yo puedo entender. También se me han explicado métodos alternos de diagnóstico, así como los beneficios y las desventajas de cada uno. También entiendo los riesgos, si los hubiera, de rechazar este procedimiento. Se me ha aconsejado que, aunque no se espera ninguna complicación, éstas no pueden anticiparse y, por lo tanto, no puede haber garantías, ya sean expresas o implícitas, hacia los resultados del procedimiento. El doctor ha respondido a todas mis preguntas.

El doctor me ha explicado las complicaciones o problemas más comunes, si los hubiera, que pueden ocurrir durante este procedimiento y durante el período de convalecencia y yo los entiendo.

El doctor ha ofrecido describir en detalle las complicaciones menos comunes que, aunque son raras, pueden ocurrir.

**Marque Uno:**

\_\_\_\_\_ *Deseo que me las describan*      \_\_\_\_\_ *No deseo que me las describan*

Yo entiendo que existe un riesgo remoto de muerte o incapacitación seria con cualquier procedimiento médico.

Yo autorizo y dirijo al doctor arriba mencionado con sus asociados y asistentes para proporcionar servicios adicionales según lo crean razonable y necesario, incluyendo, pero no limitándose a, la administración de anestésicos y servicios de Rayos X y laboratorio.

También doy mi consentimiento para la administración de tantos anestésicos como sean necesarios. Yo reconozco que siempre existen riesgos a la vida y la salud asociados con la anestesia y que ya se me han explicado dichos riesgos.

**Marque:**

\_\_\_\_\_ *Yo certifico que he leído y que entiendo este consentimiento y que todos los espacios vacíos se han llenado antes de firmar.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Tutor/Representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco**

Por la presente yo certifico que he explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, los riesgos y las alternativas al procedimiento propuesto; he ofrecido responder a cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas. Yo creo que el paciente/pariente/tutor entiende completamente lo que yo he explicado y contestado.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Nota:** Este documento debe formar parte del expediente médico del paciente.