

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO INVASIVO O DIAGNÓSTICO CON SEDACIÓN *

1. Acepto permitirle a _____, que es
(Profesional certificado)

(Circular una opción): médico, médico osteópata, enfermero profesional, asistente médico, partera enfermera certificada o enfermero anestesista diplomado certificado, a realizar:

Procedimiento/Tipo de sedación

Procedimiento/Tipo de sedación

en _____
"mi persona" o nombre del paciente

2. Al procedimiento y al tipo de sedación me lo ha explicado _____
3. Al tomar la decisión de que se lleve a cabo este procedimiento, entiendo los riesgos y los posibles beneficios. Asimismo, comprendo los posibles efectos secundarios y problemas del proceso de curación.
4. Comprendo las alternativas que existen para este procedimiento y sus riesgos y beneficios. Además, entiendo los riesgos y los beneficios asociados por no llevar a cabo este procedimiento.
5. Comprendo que es posible que el procedimiento no tenga el resultado que espero.
6. Al dar consentimiento para que se lleve a cabo este procedimiento, acepto los riesgos, los efectos secundarios y los posibles problemas del proceso de curación que me han explicado.
7. Entiendo que los residentes pueden llevar a cabo tareas quirúrgicas importantes durante este procedimiento y que los estudiantes de medicina también pueden participar, todo bajo la supervisión del médico tratante.
8. En caso de ocurrir algo inesperado durante este procedimiento, acepto recibir el tratamiento que el médico tratante, o un médico traído por el médico tratante, considere necesario.
9. Acepto permitir que este hospital mantenga, use y deseche de forma apropiada el tejido que se extirpe durante este procedimiento.

* No se debe usar en el quirófano



