



Beaufort Memorial HOSPITAL

Consentimiento para operación, anestesia y otros servicios médicos

Fecha: _____ a.m.

Hora: _____ p.m.

MARQUE EL CASILLERO QUE CORRESPONDA

1. Autorizo que se le realice a _____
(Mi persona o nombre del paciente)
la siguiente operación _____
(Indique la naturaleza y alcance de la operación que se realizará)
_____ bajo la dirección del Dr. _____
o de los asistentes que pueda seleccionar para realizar dicha operación.
2. Reconozco que durante la operación pueden surgir condiciones imprevistas que pueden hacer necesarios procedimientos o servicios distintos o adicionales a aquéllos establecidos anteriormente. Por lo tanto, autorizo y solicito que el cirujano antes mencionado o sus colegas, socios, asistentes o designados realicen procedimientos que, en el ejercicio de su juicio profesional, sean necesarios y deseables.
3. Doy mi consentimiento para la administración de dichos anestésicos según la persona responsable de dicho servicio lo considere necesario o aconsejable, con la excepción de: _____
(Indique las excepciones o escriba "ninguna")
4. Autorizo la eliminación por parte de las autoridades del hospital de cualquier tejido o miembro que se extirpe durante la operación.
5. Mi cirujano me explicó completamente la naturaleza, el propósito y las posibles consecuencias de la operación, los posibles métodos de tratamiento alternativos, los riesgos implicados y la posibilidad de complicaciones. No se me dio garantía o seguridad respecto a los resultados que se puedan obtener.
6. Se me explicó a mí, el suscrito, este formulario y comprendo completamente el contenido de la autorización.

FIRMADO _____
(Paciente o persona que da la autorización)

TESTIGO _____
*(Sólo testigo de la firma o consentimiento por teléfono)

(Relación)

TESTIGO _____
*(Sólo testigo de la firma o consentimiento por teléfono)

(Cirujano que obtiene el consentimiento) M.D.

