

**TEXAS TECH UNIVERSITY HEALTH SCIENCES CENTER
DECLARACION Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICO**

AL PACIENTE: Usted como paciente tiene el derecho a ser informado sobre su condición y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico a emplearse, para que usted pueda decidir someterse o no al procedimiento con conocimiento de los riesgos y peligros que este implica. No se le proporciona esta información con el fin de alarmarle, simplemente tiene por objeto informarle mejor para que pueda consentir o negarse al procedimiento.

1. Yo solicito (Nosotros solicitamos) al _____ como médico responsable y los asociados, asistentes técnicos y otros colaboradores en el área de la salud que traten mi condición en la forma que juzguen necesaria. Mi condición ha sido explicada en los siguientes términos:
Biopsia anormal cervical
2. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que he sido (hemos sido) programado (programados) para los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos y voluntariamente consiento y autorizo (consentimos y autorizamos) dichos procedimientos:
Congelar el cuello de la matriz (criocirugía)
3. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que el médico puede descubrir otras o distintas condiciones que requieran procedimientos adicionales, o diferentes a los que se me han programado (se nos han programado) por lo tanto autorizo (autorizamos) al médico, sus asociados, asistentes técnicos, y otros colaboradores en el área de la salud a llevar a cabo los procedimientos adicionales que según su juicio profesional sean apropiados, incluyendo y / recibir o proporcionar sangre y/o sus derivados.
4. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que no existe garantía alguna respecto al resultado y/o curación.
5. Así como mi condición sin tratamiento implica riesgos y peligros, también existen riesgos y peligros relacionados con la ejecución de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos que han sido programados para mí. Estoy consciente (Estamos concientes) de que existe la posibilidad de infección, de coágulos en venas y pulmones, hemorragias, reacciones alérgicas y aun la muerte pueden acompañar a este procedimiento quirúrgico, médico y/o diagnóstico. También estoy consciente (estamos concientes) de que los siguientes riesgos y peligros podrían presentarse durante el procedimiento a seguir. Estos riesgos y peligros se describen a continuación o en documento adjunto:
Desecho vaginal dos a cuatro semanas, posiblemente cólicos, infertilidad, estenosis cervical, sangrado cervical, recurrencia de celulas anormal del cervix.
6. Yo entiendo (Nosotros entendemos) que la anestesia implica riesgos y peligros adicionales, pero yo pido (nosotros pedimos) el uso de anestésicos para aliviar y proteger del dolor durante los procedimientos programados o adicionales. Yo estoy consciente (Nosotros estamos concientes) de que la anestesia podría cambiarse sin previo aviso.

Yo entiendo (Nosotros entendemos) que ciertas complicaciones podrían resultar con el uso de cualquier anestésico incluyendo problemas respiratorios, reacciones alérgicas, parálisis, daño cerebral y aun la muerte. Yo entiendo (Nosotros entendemos) los riesgos y peligros que podrían resultar con anestésicos espinales o epidurales tales como dolor de cabeza o dolor crónico.
7. Yo autorizo (Nosotros autorizamos) a Texas Tech Health Sciences Center que utilice para fines educativos y/o de investigación, o que de cualquier otra manera disponga de tejido o partes que se me hayan extirpado con excepción de:
8. Yo autorizo (Nosotros autorizamos) a Texas Tech a tomar fotografías, películas, vídeo cintas, o televisión en circuito cerrado, durante este procedimiento. Estos documentos serán propiedad del médico particular y/o de Texas Tech y no formarán parte del archivo médico.
9. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, sobre formas alternativas de anestesia y tratamiento, acerca de los riesgos de la falta de tratamiento, los procedimientos que serán utilizados y los riesgos y peligros que estos implican. Yo creo (Nosotros creemos) que tengo (tenemos) suficiente información para dar este consentimiento.
10. Yo certifico (Nosotros certificamos) que esta forma me (nos) ha sido explicada totalmente por el Doctor _____ y que yo la he leído (nosotros hemos leído) o me ha sido (nos ha sido) leída y que los espacios han sido llenados habiendo entendido el contenido de esta forma.

SI YO NO CONSIENTO (NOSOTROS NO CONSENTIMOS) A ALGUNA DE LAS ESTIPULACIONES ARRIBA MENCIONADAS ESTAS SERAN TACHADAS FECHADAS Y FIRMADAS POR MÍ (NOSTROS).

FECHA: _____ HORA: _____ A.M. P.M. FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DEL PACIENTE / PERSONA LEGALMENTE RESPONSIBLE

FIRMA DEL TESTIGO

ESCRIBA NOMBRE Y RELACION AL PACIENTE

ESCRIBA NOMBRE