



Mesquite Surgery Center  
7445 East Tanque Verde  
Tucson, az.85715  
520-722-0929

DOY MI CONSENTIMIENTO A SER OPERADO/A, O A RECIBIR CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO, ANESTESIA U OTROS SERVICIOS MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

1. Autorizo y permito que mi médico \_\_\_\_\_ y demás asistentes y asociados de su elección hagan la(s) siguiente(s) operacion(es) o procedimiento(s): \_\_\_\_\_  
**Colonoscopia con posible biopsia y/o polipectomía (extirpación de pólipos)** \_\_\_\_\_  
y/o ejecutar cualquier otro procedimiento terapéutico que a su juicio considere oportuno para mi bienestar.
2. Confirmando lo siguiente: que mi médico me ha explicado la naturaleza, propósito y posibles consecuencias de cada operación o procedimiento, además de los beneficios y riesgos involucrados, (tales como, pero no limitados a, flebitis, hemorragia excesiva, perforación, reacciones alérgicas, ritmo cardíaco irregular, respiración anormal, neumonía de aspiración) y posibles complicaciones debidas a otras enfermedades que quizás tenga. Se discutieron otros posibles métodos de tratamiento. No se me han dado garantías sobre el resultado o la posibilidad de una cura. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y he recibido todos los datos que deseo sobre la operación/procedimiento.
3. Autorizo mediante el presente y permito que el médico de referencia y/o sus asociados, asistentes o consultores me proporcionen los servicios adicionales, que él o ellos consideren razonables y necesarios, incluso, pero sin limitación alguna, la administración y mantenimiento de anestesia, o sedativos/analgésicos y la ejecución de servicios abarcados por la patología, radiología y la presencia de un representante de productos médicos, a todo lo cual doy mi consentimiento.
4. Consiento a que se tomen fotografías o que se televisen las operaciones o procedimientos que se efectuarán, e incluso de las partes apropiadas de mi cuerpo, para propósitos médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada al público mediante fotografías o por los textos descriptivos que las acompañen.
5. Mediante mi firma más abajo, autorizo a que el patólogo use su discreción para disponer de cualquier tejido u órgano obtenido de mi cuerpo durante la operación o el procedimiento indicado más arriba.
6. En caso de que algún empleado o médico fuese expuesto accidentalmente a patógenos en la sangre, doy permiso a que se examine mi sangre para investigar la existencia de los siguientes virus: VIH, hepatitis B y C y otros estudios, como sean necesarios.
7. Es posible que se hallen presentes, en el teatro de operación, individuos que no pertenecen a la profesión médica. Se me ha dicho que me informarán de su presencia, y del propósito de la misma, antes de efectuar la operación o el procedimiento.

Reconozco que antes de firmar he completado o tachado todos los espacios en blanco en este documento.

Los RECONOCIMIENTOS: Reconozco que soy de no manejar un alcohol de automóvil ni bebida ni hacer ninguna decisión crítica antes de mañana. Ningunas garantías ni las garantías han sido hechas con respecto al procedimiento. Puedo esperar recibir instrucciones individualizadas de descarga después del procedimiento. He tenido una oportunidad de discutir los asuntos notados arriba con mi médico y para tener mis preguntas contestadas.

---

Paciente

Testigo

Si el paciente no puede consentir debido a que es menor de edad o por cualquier otra causa, indíquelo aquí:

---

Representante legalmente autorizado

Parentesco con el paciente

Testigo