



## Consentimiento Informado Para la Cirugía o el Tratamiento

1. Por la presente solicito y autorizo a Marcelo Hochman, MD, sus asistentes y personal de quirófano para realizar sobre mí:

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

En o alrededor de la fecha de:

En general, el propósito del procedimiento es:

2. Dr. Hochman ha explicado completamente, en términos claros para mí la operación (s) a realizar, los riesgos previsibles involucrados, los métodos alternativos de tratamiento, así como lo que puede esperar si la cirugía es sin incidentes. Además reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular todas las preguntas que desee y que estas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. inicial \_\_\_\_\_

3. Dr. Hochman ha explicado completamente, en términos claros para mí los riesgos específicos y pertinentes relacionados con mi procedimiento. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular todas las preguntas que me deseada con respecto a estos riesgos específicos y que estas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. inicial \_\_\_\_\_

4. También autorizo al Dr. Hochman para realizar cualquier otro procedimiento (s) o de tomar las medidas que estime necesario o conveniente, en forma adicional o en sustitución de los procedimientos quirúrgicos contemplados inicialmente. inicial \_\_\_\_\_

5. Me han informado de que el objeto de la operación he solicitado una mejoría en mi estado, no la perfección; que hay una posibilidad de que la imperfección podría derivarse de ello, y que el resultado podría no estar a la altura de mis expectativas o los objetivos deseados que se han establecido. Reconozco que no es garantía se ha hecho nada respecto al procedimiento que he solicitado en el presente documento y autorizado. inicial \_\_\_\_\_

6. Se me ha informado de que ningún incisiones en la piel dejarán cicatrices permanentes. La extensión y localización de estas cicatrices se han descrito para mí. También se me ha informado de que las cicatrices pueden tomar hasta un año para madurar y los cambios que se producen normalmente en su aparición durante el período de cicatrización he descrito a mí. inicial \_\_\_\_\_

7. Me han dicho que un implante de calidad médica puede ser utilizada en el procedimiento mencionado anteriormente y haber sido informado de los riesgos, así como formas alternativas de tratamiento. inicial \_\_\_\_\_

8. Se me ha informado que el procedimiento anterior puede requerir que el trasplante de tejidos, el cartílago, o hueso de otras áreas de mi cuerpo. inicial \_\_\_\_\_

9. Dr. Hochman ha explicado completamente a mí, en términos claros para mí, el efecto de los anestésicos locales que se pueden utilizar para mi operación. inicial \_\_\_\_\_

10. Entiendo que si los jueces Dr. Hochman en cualquier momento que la cirugía se debe cancelar por cualquier motivo, puede hacerlo. inicial \_\_\_\_\_

11. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones dadas a mí por el Dr. Hochman a lo mejor de mi capacidad, antes, durante y después de la cirugía. inicial \_\_\_\_\_

12. Por la presente declaro que la información que proporcioné al Dr. Hochman durante mi evaluación preoperatoria completa es completa y correcta y que he revelado todos mis condiciones conocidas médica, alergias o reacciones adversas a los preparados médicos. inicial \_\_\_\_\_

13. Por la presente declaro que he dejado de fumar durante al menos 3 semanas antes de mi operación y voy a seguir para que se abstengan de fumar durante al menos 3 semanas después. inicial \_\_\_\_\_

14. Por la presente otorgo permiso para que mi sangre que se extrae y se prueba si un miembro del personal sujeto a un pinchazo accidental o una herida durante el procedimiento o tratamiento médico. inicial \_\_\_\_\_

15. Si un láser se utiliza para mi procedimiento me ha informado de los riesgos específicos y pertinentes relacionados con los procedimientos con láser. inicial \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Paciente o Representante

Marcelo Hochman, MD

Testigo: