

Consentimiento Informado

Mi médico, _____ me ha recomendado someterme al procedimiento de diagnóstico a continuación, porque ha determinado que mi historial y/o síntomas indican que estoy en una categoría de alto riesgo, para lo cual la información médica más reciente recomienda los siguientes procedimientos de diagnóstico.

Se han explicado los beneficios y el riesgo del procedimiento que se verifica a continuación y entiendo completamente la explicación. También entiendo que este procedimiento normalmente se realiza en el consultorio del médico sin anestesia o, si es necesario, con anestesia local.

- | | |
|--|--|
| ☐ Extirpación de pólipos | ☐ Quiste de Bartolino |
| ☐ Biopsia de tejido endometrial | ☐ Extirpación de verrugas vaginales |
| ☐ Tejido endocervical Biopsia | ☐ Colposcopia |
| ☐ Eliminación de papilomas cutáneos | ☐ Histerosonografía |
| ☐ Elijo que no me realicen el procedimiento recomendado | |

Si tengo alguna de las siguientes condiciones, se lo notificaré antes de realizar este procedimiento, ya que puede significar que el procedimiento no debe realizarse en este momento.

- | | |
|---|---|
| ☐ Anemia severa | ☐ Inflamación pélvica |
| ☐ Deficiencia del mecanismo de coagulación | ☐ Ansiedad extrema |
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Otras condiciones de salud que pueda tener |

Entiendo que no se ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado de este procedimiento. He leído la información anterior y entiendo completamente el contenido de cada párrafo.

Entiendo que los estudiantes y representantes del dispositivo en el campo médico estarán presentes en el momento del procedimiento.

Fecha del Encuentro: ____/____/____ Firma del Médico: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma del Paciente: _____ Testigo: _____