

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CUTÁNEAS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
_____ *Por favor lea, coloque sus iniciales y firme la siguiente autorización:*

He solicitado que mi(s) Doctor(es) intenten extirpar mi(s) lesión(es) cutánea(s) ubicada(s) en _____

_____ Se me ha informado que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y, aunque los efectos secundarios y las complicaciones de la extirpación de lesiones cutáneas suelen ser mínimos, no se pueden hacer garantías absolutas ni se han hecho promesas definitivas sobre los resultados esperados en mi caso. Pueden presentarse distintos grados de cambios en la coloración de la piel y cicatrices como resultado del tratamiento.

_____ Ocasionalmente pueden surgir problemas posoperatorios como hinchazón inusual, enrojecimiento, dolor, formación de ampollas, moretones y/o infección. Se me han explicado estos posibles inconvenientes y notificaré a mi doctor de inmediato si sospecho alguna complicación o tengo alguna duda durante el periodo de curación..

_____ También puede ocurrir la reaparición o la extirpación incompleta de la lesión, lo cual podría requerir tratamientos adicionales y costos extra. Se me han informado los riesgos asociados con este procedimiento, los beneficios esperados y las alternativas de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento alguno.

Certifico que he leído y comprendido plenamente los párrafos anteriores, y que he tenido oportunidad suficiente para discutirlos y formular preguntas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____