

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS EN
M/S SURGERY CENTER, LLC**

Paciente:
Ojo:

Fecha de Nacimiento:

Le han dado información sobre su condición y los procedimientos médicos y quirúrgicos a realizar en M/S Surgery Center. Este formulario de consentimiento está diseñado para proporcionar una confirmación por escrito de esos debates mediante la grabación de parte de la información médica más importante dada a usted. Se pretende informarle lo mejor posible para que puedan dar o negar su consentimiento a los procedimientos propuestos.

Condición: Mis doctores me han explicado que las siguientes condiciones existen en mi caso: **Catarata**

Procedimientos propuestos: Tengo entendido que los procedimientos propuestos para evaluar y tratar a mi condición son:

La extracción de cataratas con colocación de lente intraocular

Cirujano:

Los riesgos y beneficios de los procedimientos propuestos:

- Igual como pueden haber beneficios otros procedimientos propuestos, también entiendo que procedimientos médicos y quirúrgicos implican riesgos. Estos riesgos incluyen pero no se limitan a: reacción alérgica, sangrado, coágulos de sangre, infecciones, efectos adversos de las drogas, pérdida de visión, pérdida de una función corporal o la vida, así como los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas, incluyendo la Hepatitis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, de la administración de sangre y componentes sanguíneos.
- También me doy cuenta de que existen riesgos específicos asociados con los procedimientos propuestos para mí y que estos riesgos incluyen, pero no se limitan a los mencionados en la agenda.

Complicaciones; Condiciones imprevistas; Resultados: soy consciente de que en la práctica de la medicina, pueden producirse otros riesgos inesperados o complicaciones no discutido o no incluidos en este formulario. También entiendo que en el curso de los procedimientos propuestos, condiciones imprevistas podrán ser reveladas que requieren el cumplimiento de procedimientos adicionales, y autorizo los procedimientos para llevar a cabo. Además, reconozco que no han hecho promesas ni garantías sobre los resultados de cualquier procedimiento o tratamiento.

Reconocimiento: Los riesgos, beneficios y alternativas disponibles de los procedimientos propuestos me han sido explicados incluyendo el resultado probable sin tratamiento. Entiendo que el contenido de esta forma y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.

Acceder a procedimientos y tratamiento: Tras haber leído este formulario y conversado con los médicos, mi firma a continuación reconoce que: voluntariamente doy mi consentimiento y autorización para la realización de los procedimientos descritos anteriormente (incluyendo la administración de sangre y la eliminación de tejido) por mi médico y sus asociados con la asistencia de personal otras personas entrenadas a sí como la presencia de observadores en M/S Surgery Center, LLC.

Firma del Paciente (o persona autorizada a firmar para el paciente)

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha