

STOCKDALE SURGERY CENTER, LLC.
9802 Stockdale Hwy Ste 104 Bakersfield Ca, 93311
Phone (661) 665-7885 Fax (661) 735-3941

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO

Autorizo Al Doctor Arturo Palencia/ Doctor Afaq Kazi y cualesquiera asociados o ayudante de su preferencia sobre mi procedimiento siguiente:

Este procedimiento se ha explicado a mi incluyendo sus limitaciones, riesgos y complicaciones (tales como dolor de cabeza, sangrando, infecciones, y daño del nervio, incluyendo parálisis y muerte posible). Entiendo que mi dolor puede no salir totalmente. Realizo que me admisión del procedimiento a un hospital puede ser necesario.

Consiento al procedimiento propuesto y a la administración de las medicaciones preoperativas necesarias y del anestésico local. Realizo que lo que sigue el administración de la medicación o de la anestesia, mi vigilancia mental se puede deteriorar por varias horas.

Entiendo que puede haber fabricación de la industria del cuidado medico representativa u otros visitantes presentes en el cuarto del procedimiento con el fin de proporcionar el soporte técnico durante mi procedimiento, y consiento a esto en la discreción y la aprobación del medico y de la oficina.

Entiendo que me expediente puede ser utilizado para informes médicos y para la revisión por la oficina.

Entiendo que la oficina no honra directorios avanzados. Haremos todo posible para resucitarlo durante el procedimiento.

He hecho los arreglos para que un adulto responsable me acompañar a me hogar.

Paciente/ Padres/ Guardián legal

Testigo

Fecha

Hora

Certifico que he explicado al paciente, al grado razonable y constante con los estandares actualmente aceptables de las practica que necesidad y naturaleza del procedimiento nombrado (s), de las consecuencias y de la complicación comun, esperadas el logro y el resultado, mas cualesquiera alternativas pertinentes al procedimiento (s).

M.D. Firma & Fecha: _____