

RONA Z. SILKISS

M.D., FACS

CIRUGÍA PLÁSTICA OCULOFACIAL, RECONSTRUCTIVA Y ORBITARIA

OFICINA ADMINISTRATIVA
400 29th Street, Suite 315
Oakland, CA 94609
Teléfono 510.763.0881 Fax
510.763.0907

Consentimiento para intervenciones quirúrgicas

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Autorizo a la Dra. Rona Z. Silkiss y a otros profesionales designados por ella, a realizar la siguiente intervención quirúrgica, que incluye la administración de la anestesia (sedación local/intravenosa).

Mi médico me ha explicado a naturaleza y objetivo del procedimiento quirúrgico, los métodos alternativos posibles de tratamiento, los riesgos involucrados y las posibles complicaciones. Comprendo que no me han ofrecido garantías o seguridad en cuanto al resultado que se pueda obtener.

Mediante mi firma al pie de este documento, reconozco lo siguiente:

1. QUE HE LEÍDO Y ACEPTO LO ANTEDICHO.
2. QUE ME HAN EXPLICADO EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROPUESTO Y QUE ME HAN BRINDADO TODA LA INFORMACIÓN QUE DESEO.
3. QUE POR EL PRESENTE PRESTO MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO.

Firmado: _____
Paciente o persona autorizada por el paciente para firmar

Relación con el paciente si firma otra persona

Fecha

Testigo

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

De acuerdo con los servicios recibidos del médico mencionado con anterioridad, presto mi consentimiento para que me tomen fotografías, filmen películas o videos con el propósito de ser utilizados para expedientes médicos y publicaciones (en prensa, radio o televisión) con fines educativos médicos, sea con patrocinio privado o comercial, siempre que se resguarde mi identidad. Renuncio a todos los derechos de reclamar pago o regalías con relación a las publicaciones o emisiones mencionadas.

Paciente

Fecha

Testigo

Fecha