



One Boston Medical Center Place  
Boston, MA 02118

**Consentimiento para Procedimiento Especial**

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo a mi médico, dentista o cirujano a cargo, Dr. \_\_\_\_\_ junto con los asistentes que él/ella pueda designar, para ejecutar el siguiente procedimiento especial.

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO) , \_\_\_\_\_ (DESCRIPCION/EXPLICACION BREVE EN TERMINOS SIMPLS)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y cualquier operación o procedimiento especial considerado necesario en base a los resultados obtenidos durante el transcurso de dicho procedimiento especial. Cualquier tejido o parte removida quirúrgicamente podrán ser desechados por el Boston Medical Center en conformidad con la práctica acostumbrada.

La naturaleza, extensión y propósito de la operación, posibles métodos o tratamientos alternativos, los riesgos que éstos involucran y la posibilidad de complicaciones, me han sido explicados completamente. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que pueden ser obtenidos.

Yo entiendo que una transfusión de sangre puede ser necesaria, y por la presente consiento la transfusión de sangre/productos sanguíneos. Yo he recibido una explicación de los riesgos, beneficios y alternativas de una tranfusión. (Táchese si no se aplica.)

Yo certifico que he leído y entendido completamente el presente consentimiento, que las explicaciones necesarias me han sido hechas y que el médico, dentista o cirujano ha respondido a todas mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
PACIENTE  
Y/O

\_\_\_\_\_  
(MEDICO) FIRMA

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR RESPONSABLE O GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA MOLDE

\_\_\_\_\_  
RELACION