



Autorización por/ y Consentimiento a Operar, Administración de Anestesia and Fotografías

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Medinotes: _____ Fecha: _____ Tiempo: _____ AM / PM

1. Por la presente autorizo los siguientes David J. Watts, M.D., Anthony J. Griess, M.D., Jill S. Nelson, M.D., Kyle M. Van De Graaff, M.D., Tricia Hultgren, M.D., Julie A. Roubal, PA-C, Kimberley A. Deats, PA-C, y tal ayudantes pueden designado por ellos a tratar.

(mismo o paciente)

Por la condición (es) siguiente(s) cuál está indicado por estudias y evaluaciones diagnosticas:

(explica el género de la condición)

2. El procedimiento está necesario para tratar esta condición, incluye posibilidades alternativas, ha estado explicado a mí de David J. Watts, M.D., Anthony J. Griess, M.D., Jill S. Nelson, M.D., Kyle M. Van De Graaff, M.D., Tricia Hultgren, M.D., y/o Julie A. Roubal, PA-C o Kimberley A. Deats, PA-C, y entiendo el género de este procedimiento para estar realizado.
3. He estado hecho enterado de los riesgos/complicaciones que pueden estar asociados con algún procedimiento quirúrgico, incluye pero no limita a: sangre, hematoma, infección, reacción a drogas o alergia.
4. Reconozco que ningunas garantías han sido hechas con respecto para completar eliminación de tumor ni apariencia curada del sitio quirúrgico.
5. Consiento a la administración de anestesia de David J. Watts, M.D., Anthony J. Griess, M.D., Jill S. Nelson, M.D., Kyle M. Van De Graaff, M.D., Tricia Hultgren, M.D., Julie A. Roubal, PA-C, Kimberley A. Deats, PA-C, o tal ayudantes pueden designado por el medicó.
6. Por los propósitos del progresión de educación y cuidada de medicinal, consiento a la entrada de observadores durante el procedimiento.
7. Consiento a documentación con fotografías del procedimiento(s) para mi registro de medicinal. Certifico que he leído y he entendido completamente el consentimiento de arriba, que explicaciones suficientes estuvieron dado a mí, y que todos los espacios estuvieron llenados o tachados antes de firmara.

NOTE POR FAVOR: Cuando tiene un excisión y/o una biopsia está efectuado, la muestra está enviado para una interpretación de un patólogo. Hemos sido informado que, dependiendo de su plan de seguro, algunos compañías de seguro requieren un co-pago adicional para los servicios patológica ahora.

Firma: _____

Persona autorizado a firmar

Relación al paciente

Testigo (otros que el médico explicando el procedimiento)

Fecha