



Patient: Patient Test
MRN: 000000000
DOB: 1/1/1965
Gender: Male
Age: 58 year(s)

Procedure: Colonoscopy
Date: 8/23/2023
Attending Physician: Test, Doctor

Spanish - Colonoscopy/Ileoscopy Consent

CONSENTIMIENTO PARA COLONOSCOPIA O ILEOSCOPIA

DECLARO QUE:

1. Entiendo la información relacionada con la colonoscopia o ileoscopia que se me ha proporcionado.
2. Se me ha informado por completo de los riesgos y las posibles complicaciones de esta intervención.
3. Entiendo que podrían existir otras intervenciones o métodos de tratamiento.
4. Mi médico me ha preguntado si deseo una explicación más detallada de la intervención, las alternativas y los riesgos y (a) ya estaba satisfecho/a con la explicación proporcionada y no deseaba información adicional o (b) he solicitado y recibido información adicional con detalles substanciales acerca de la intervención, así como de las intervenciones o métodos de tratamiento alternativos, e información acerca de los riesgos materiales de la intervención o tratamiento.

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y PERMITO AL EQUIPO MÉDICO DE EUGENE GASTROENTEROLOGY CONSULTANTS, PC, Y A CUALQUIERA DE LAS PERSONAS QUE SE DESIGNEN COMO ASISTENTES A HACERME UNA COLONOSCOPIA, ASÍ COMO UNA POSIBLE POLIPECTOMÍA, BIOPSIA O CAUTERIZACIÓN. EN CASO DE QUE SURJA ALGÚN IMPREVISTO DURANTE ESTA INTERVENCIÓN QUE REQUIERA DE INTERVENCIONES, OPERACIONES O MEDICAMENTOS ADICIONALES, SOLICITO Y AUTORIZO A QUE SE ME PRACTIQUE O ADMINISTRE AQUELLO QUE SE CONSIDERE NECESARIO. SOY CONSCIENTE DE QUE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE NO SE ME HA GARANTIZADO NINGÚN RESULTADO COMO CONSECUENCIA DE ESTA INTERVENCIÓN.

Signatures

Patient or Legal Guardian Signature
08/23/2023 09:23 AM

Staff Witness Signature
08/23/2023 09:23 AM