

ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL DOLOR, P.A

RAUL G. MARTINEZ, M.D. LILIANA MESKILL, M.D. KARL A. LAUTENSCHLAGER, M.D.
ANEL PARKER, R.N. FNP-BC ALEXIS JIMENEZ-DAVILA R.N. FNP ERICA RAVISEE, R.N. NP-C
JACQUELINE V. RAMIREZ, R.N. FNP-BC
5364 FREDERISBURG RD. STE. 100, BLDG D SAN ANTONIO, TX 78229 (210) 441-4333
REVELACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Como paciente, usted tiene derecho a recibir información acerca de su condición y del procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se recomienda seguir de modo que usted pueda decidir si sigue o no el procedimiento después de saber los riesgos y peligros involucrados en los mismos. . Esta revelación no está dirigida a asustarle o alarmarle, simplemente es un esfuerzo para informarle mejor y que usted pueda dar o no dar consentimiento para hacer el procedimiento.

- 1. Yo voluntariamente solicito que mi proveedor _____, y los asociados, asistentes técnicos, y otros proveedores de salud que sean necesarios, traten mi condición que se me ha explicado como:
Diagnóstico: _____*
- 2. Entiendo que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos o diagnósticos se han planificado para mí y yo voluntariamente consiento y autorizo estos/este procedimiento(s);*

<i>Inyección esteroide Bursa</i>	<i>Inyección esteroide en cojuntura de rodilla</i>
<i>Inyección Epicondilar Derecha/Izq.</i>	<i>Inyección túnel carpal</i>
<i>NB Cutáneo Femoral Lateral</i>	<i>Inyección en el punto del dolor</i>
<i>NB Genital o Femoral</i>	<i>Bloqueo del nervio occipital</i>
<i>Inyección Toradol IM (30/60)mg</i>	<i>NB Ilio-Inginal</i>
<i>Otro bloqueo de nervio</i>	<i>Inyección Bursa Trocantérica</i>
- 3. Entiendo que mi médico puede descubrir otra(s) y/o diferente(s) condición(es) que requieren procedimientos adicionales y/o diferentes a los planificados. Autorizo a mi médico, y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de salud a que realicen otros procedimientos que sean recomendables según su juicio profesional.*
- 4. Entiendo que no se me han garantizado ni asegurado los resultados y/o cura. Puede haber riesgos y peligros en continuar sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la cirugía, los procedimientos médicos y/o diagnósticos que tienen potencial para infección, coágulos de sangre en venas y pulmones, hemorragia, reacción alérgica y eventualmente muerte.
También me doy cuenta de que los riesgos y peligros siguientes pueden ocurrir con relación a un/unos procedimiento(s), en particular:*
- 5. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de anestesia y tratamiento, o no tratamiento, de los procedimientos a utilizar, y de los riesgos y peligros implícitos, y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento.*

6. Certifico que se me ha explicado esta planilla en su totalidad, que yo la he leído o se me ha leído, que los espacios en blanco se han llenado y que yo entiendo su contenido.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____
Firma: _____ Fecha: _____
Testigo: _____

Office use only: Depo Medrol 10/20/40/60/80 mg Other ___mg Marcaine/Lidocaine:
25%/.5% Total