

Essex Specialized Surgical Institute
CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA LÁSER

_____ está prevista para la cirugía ambulatoria en
Essex Specialized Surgical Institute.

Cirugia: _____

Cirujano: _____

Segun mi conocimiento, todas las respuestas a las preguntas que me han hecho son verdaderas y no
he retenido ninguna informacion.

Por lo tanto doy consentimiento a la cirugia y la administracion de las medicinas antes y despues de
cirugia.

Firma de Paciente / Encargado

Fecha

Firma de Testigo

He obtenido un consentimiento de informacion de la cirugia del paciente arriba mencionado con
anterioridad al dia de cirugia.

Se ha explicado e informado al paciente o representante del paciente de las indicaciones sobre la
cirugia. Tanto como los riesgos fisicos, beneficios y alternativas durante la cirugia, incluyendo riesgos, y
beneficios y el pronostico para despues de la cirugia.

Firma de Cirujano