

**PHILADELPHIA SURGI-CENTER**  
9500 Roosevelt Boulevard, Philadelphia, PA 19115

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA EN PHILADELPHIA SURGI-CENTER**

(nombre del paciente) \_\_\_\_\_ está programado(a)  
para los siguientes procedimientos quirúrgicos y / o procedimientos médicos:

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

Cirujano: **Dr. Raphael Gabay**

Cirujano Asistente: \_\_\_\_\_

Las ventajas, desventajas y alternativas a los procedimientos arriba mencionados se me han explicado en términos que yo entiendo. Reconozco que después de mi cirugía, la admisión a un hospital puede ser necesaria. Estoy de acuerdo en ser ingresado(a) a ARIA HEALTHCARE SYSTEMS, TORRESDALE DIVISION (SISTEMAS DE SALUD ARIA, DIVISIÓN TORRESDALE) si mi médico decide que es necesario. Además, reconozco que no se me han garantizado ni asegurado los resultados que pueden ser obtenidos de mi cirugía.

Reconozco que siguiendo la administración de medicina o anestesia, mi estado de alerta mental puede verse afectado por varias horas. No tomaré ninguna decisión ni participaré en ninguna actividad que dependa de mi estado de alerta mental durante ese tiempo. Yo no conduciré un vehículo ni operaré maquinaria peligrosa durante ese tiempo.

Yo entiendo que la fotografía es importante en la planificación y la evaluación de algunos procedimientos quirúrgicos y doy permiso para que las fotografías sean tomadas antes, durante y después de mi cirugía, según mi médico lo considera necesario. Estas fotografías se utilizarán solamente con fines de documentación.

Doy mi consentimiento para la disposición de cualquier tejido que se extraiga quirúrgicamente. Yo autorizo al **Dr. Gabay** a enviar cualquier espécimen(es) tomado(s) de mi cuerpo a un laboratorio de patología para su análisis.

Si aplica, he hecho los arreglos para el pago total de las cantidades adeudadas antes de este procedimiento. Si mi procedimiento es cubierto por el seguro, acepto ser responsable por la diferencia del saldo después de que mi seguro haya pagado.

Yo estoy tomando los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo tengo las siguientes alergias y reacciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Según mi entendimiento, todas las respuestas a las preguntas que se me han pedido son verdaderas y no he ocultado ninguna información.

Los Riesgos, Beneficios y Alternativas de una Instalación Ambulatoria Quirúrgica se me han explicado. Comprendo que todos los médicos de Philadelphia Surgi-Center (Centro Quirúrgico de Filadelfia) tienen diferentes grados de interés financiero en la instalación y me han ofrecido un lugar alternativo para el procedimiento.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto y mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Por lo tanto, **Yo doy mi consentimiento para la operación propuesta y para la administración de los medicamentos pre-operatorios, intra-operatorios, y post-operatorios necesarios** en Philadelphia Surgi-Center.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Autorizado)

\_\_\_\_\_  
(RELACIÓN con el Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del MÉDICO)

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_ am / pm