



MIGUEL PARRADO AVENDAÑO M.D.
UROLOGO
Universidad Javeriana

CONSENTIMIENTO CIRCUNCISION

Yo, _____ en calidad de paciente, identificado como al pie de mi firma aparece, por la presente autorizo al Doctor MIGUEL PARRADO AVENDAÑO, a realizar en mi la intervención quirúrgica denominada: **CIRCUNCISION** que se llevara a cabo el día _____

El Doctor MIGUEL PARRADO AVENDAÑO, me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos más probables, como hematomas, sangrado, infección, cicatrización anormal y posibilidad de reintervención quirúrgica.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo se ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con mi intervención.

Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios.

Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad y facultades para expresar mi consentimiento. Así mismo, entiendo que el presente consentimiento será presentado como elemento probatorio, a las autoridades competentes en caso de reclamaciones médico-legales.

PACIENTE

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos, complicaciones y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado, y he contestado todas las preguntas que el paciente y sus familiares me han formulado

MIGUEL PARRADO A. MD.

CLINICA META. Villavicencio. Calle 33 No 36 – 114
Consultorio No 201 TEL. 6614400 ext 1129 Celular: 3102640482 -- 3164568876
urologo@miguelparrado.com
www.miguelparrado.com