

**ARIZONA SPECIALIZED GYNECOLOGY, PLLC**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE COLPOSCOPÍA EN LA OFICINA /**  
**PROCEDIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente o tutor), autorizo al Dr. Joseph Brooks y/o asociados a realizar el siguiente(s) procedimiento(s), con mis iniciales en la columna al lado del (los) procedimiento(s) y mi firma.

<b>Iniciales del paciente</b>	<b>Tratamiento y su descripción</b>	<b>Objetivos del tratamiento</b>	<b>Principales riesgos del tratamiento</b>
	<b>Colposcopia / Vulva</b>	Ampliar y visualizar la vulva, la vagina y el cuello uterino para poder evaluar la anormalidad. Por favor, tenga en cuenta que su cobertura puede aplicar la colposcopia/vulvosocopia en su deducible.	No se conocen riesgos importantes asociados a este procedimiento. Por favor, sepa que una colposcopia/vulvosocopia se realiza en todas las evaluaciones de nuevos pacientes y en cada visita. La firma que realiza en la primera visita servirá como permiso para cada examen.
	<b>Colposcopia con posible biopsia</b>	Ampliar y visualizar tejido anormal de la vulva, la vagina y el cuello uterino y posiblemente tomar una pequeña muestra(s) de tejido (biopsia) para enviarla al laboratorio para su evaluación y diagnóstico.  Normalmente, se utiliza anestesia local. A menos que se indique lo contrario por el Dr. Brooks.	No se conocen riesgos importantes asociados a este procedimiento. Puede tener muy poco sangrado y dolor en la zona en la que se realizó la biopsia. Por favor, póngase en contacto con la oficina si esto ocurre. <b>Tenga en cuenta que puede ser facturado por fuentes externas que no sean la oficina del Dr. Brooks.</b>

**RIESGOS GENERALES Y POSIBLES COMPLICACIONES:** esta autorización se provee con el entendimiento de que cualquier procedimiento implica algún riesgo y posible complicación. Doy mi consentimiento para que mi médico/profesional haga todo lo necesario para salvar mi vida, para que extirpe, repare cualquier tejido dañado o enfermo, y/o responda a una emergencia de manera apropiada. Otros riesgos no enumerados en este formulario son también una posible complicación.

**LOS RESULTADOS PERFECTOS NO PUEDEN SER Y NO ESTÁN GARANTIZADOS:** Entiendo que no se han dado garantías en cuanto al resultado de este procedimiento y que puede no curar o evaluar completamente la condición para la cual fue recomendado dicho procedimiento.

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** He leído y entendido completamente este formulario de consentimiento, entiendo que no debo firmar a continuación a menos que todas mis preguntas e inquietudes hayan sido explicadas o respondidas a mi completa satisfacción, o si no entiendo alguno de los términos o palabras contenidas en este formulario de consentimiento o cualquiera de las discusiones con mi

médico. No tengo más preguntas. Creo que se me ha informado adecuadamente y doy mi consentimiento para el procedimiento/medicación mencionada.

**POR FAVOR NO FIRME A MENOS QUE HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE ESTE FORMULARIO.**

---

Firma del paciente/parte responsable

Fecha