

**IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare – Medicaid Plan)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del(a) Paciente: |  | Expediente Clínico #: |  |

# CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ESPECIAL

Estos procesos quirúrgicos y diagnósticos podrían involucrar riesgos calculados de complicaciones de ambas causas tanto conocidas como desconocidas y no se hace garantía en cuanto a los resultados ó la cura. Salvo en casos de emergencia ó circunstancias excepcionales, estos procesos no serán efectuados en los pacientes a no ser y hasta que el(la) paciente haya tenido oportunidad de discutirlas con su médico. Cada paciente tiene todo el derecho a dar consentimiento ó rechazar cualquier proceso que se proponga basado en la descripción ó explicación que haya recibido.

Su médico ha determinado que el proceso especial mencionado abajo puede ser beneficioso en el diagnóstico y tratamiento de la condición que le afecta. Una vez que se haya recibido su autorización y consentimiento, estos procesos especiales se efectuarán en usted por un médico seleccionado por su médico de cabecera.

Su firma al lado opuesto de los procesos mencionados abajo constituye su reconocimiento que usted ha leído y concuerda con lo precedente y que el proceso le ha sido explicado totalmente y que usted tiene toda la información que desea y que usted da su autorización y consentimiento para que se efectúen estos procedimientos.

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnóstico: |  |
| Procedimiento: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha y Horario: |  |
| Médico/Proveedor: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del(a) Paciente: |  | |
| Padre/Madre o Tutor(a) Legal: | |  |
| Firma del(a) Testigo: |  | |