

Pediatras de Thomasville-Archdale/Trinity
Consentimiento para Perforación del Oído/Puesta de aretes

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES COMO CONSENTIMIENTO:

_____ Entiendo que el costo de la perforación del oído no será cobrado a ningún seguro medico. Todo el costo de este servicio deberá ser pagado el mismo día de la visita.

_____ Entiendo que los oídos de mi niño/a serán perforados con un arete pre-esterilizado, no re-usable de plástico médico o de titanio.

_____ Reconozco que si mi niño tiene un problema de sangrado, diabetes, alta presión, inmune deficiencia (sistema de defensas bajas), condición del corazón, alergias o enfermedad de la piel, entonces la perforación del oído puede llevar mayor riesgo para mi niño. El pediatra de mi niño y yo hemos hablado sobre los riesgos y beneficios de la perforación del oído con estas condiciones médicas, antes del procedimiento.

_____ Entiendo que la perforación del oído es un procedimiento quirúrgico de bajo riesgo y sus riesgos son similares a las puntadas. A pesar de todas las precauciones que sean tomadas por Los Pediatras de Thomasville- Archdale/Trinity y mi tratamiento apropiado después del procedimiento, la posibilidad de infección todavía existe. Hay también posibilidad que una de las complicaciones siguientes pueda ocurrir después de la perforación del oído/puesta de aretes:

Enrojecimiento
sangre

Infección en la

Hinchazón

Cicatrización anormal del oído con

producción de queloides

Drenaje de la perforación

Sangrado de la perforación

Llaga de presión

Arete/mariposa enterrado

Lesión traumática

Infección local de la herida/celulitis

****Por favor comuníquese con Los Pediatras de Thomasville-Archdale/Trinity si usted experimenta cualquiera de estos síntomas.**

_____ He leído y entiendo LAS INSTRUCCIONES del CUIDADO y he recibido una copia para mi referencia. El cuidado después de la perforación es la responsabilidad del padre o del paciente, una vez que salgan de la oficina.

_____ Estoy de acuerdo que si en cualquier momento, se juzga inseguro para mi niño o al personal médico continuar con el procedimiento, entonces el procedimiento será cancelado y potencialmente cambiado a otra hora.

_____ Estoy de acuerdo al procedimiento de la perforación del oído y estoy completamente enterado de los riesgos y de las complicaciones potenciales del procedimiento.

He leído y entiendo todos los artículos mencionados y estoy de acuerdo a sus términos. Firmando este documento, certifico a Los Pediatras de Thomasville-Archdale/Trinity que soy el padre o el guardia legal del paciente menor de edad mencionado o tengo dieciocho años o mayor y puedo consentir por mis propios procedimientos.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre escrito: _____

Relación al paciente: _____ Yo mismo

Firma del testigo: _____ Fecha: _____