

Villahermosa Tabasco a _____ del 202__.

Consentimiento Informado Ultrasonido Transrectal Prostática

Yo: _____

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
--------	-----------------	------------------

En forma voluntaria consiento que el (la) doctor (a) _____ me realice un Ultrasonido transrectal prostático para la evaluación de la glándula prostática y tejidos circundantes del hombre.

Entiendo que este procedimiento consiste en básicamente en la inserción de una sonda de ultrasonido en el recto. La sonda envía y recibe ondas de sonido a través de la pared del recto hasta el interior de la glándula prostática que se encuentra situada enfrente del recto.

He sido informado y entiendo que como en todo procedimiento médico y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar riesgos durante el procedimiento, tales como:

- dolor durante la inserción de la sonda en el recto
- en raras ocasiones, puede aparecer una pequeña cantidad de sangre en el semen o la orina después del procedimiento.

Dentro de las ventajas de la realización del Ultrasonido transrectal prostático se pueden señalar: proporciona una imagen más clara de los tejidos blandos, detecta alteraciones en de la próstata como su agrandamiento, detecta un crecimiento anormal dentro de la próstata, ayuda a diagnosticar la infertilidad en hombres.

Así mismo, comprendo que, de haber otra alternativa al procedimiento esta me será informado por mi médico tratante.

Declaro que he sido informado plenamente sobre la naturaleza de este documento, así como los beneficios, alternativas, riesgos, probabilidades de éxito y las posibles complicaciones del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se me ha descrito y de las consecuencias que implica el no llevar a cabo el(los) procedimiento(s) que se me ha(n) indicado. Adicionalmente he leído el reverso del documento y fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para que yo tome una decisión.

Acepto y autorizo a los profesionales de la salud de Bimo clínica, checkups y preventivo para que me apliquen los procedimientos o medidas terapéuticas adicionales que sean necesarias para el mantenimiento de mi estado de salud en caso de ocurrir contingencias durante el procedimiento. Con fines educativos o bien para contribuir en el conocimiento científico, también acepto y autorizo que se filme o se fotografíe el área anatómica tratada en el curso del procedimiento, pero resguardando mi identidad. Quedo en el entendido de que en todo momento habrá de mediar una

Documento controlado, prohibida su reproducción parcial o total, por cualquier medio sin autorización de bimo.

Diagnóstico Biomolecular S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 1344, Piso 2 Suite 245, Col. Tabasco 2000, C.P. 86035 Villahermosa, Centro Tabasco. hola@bimo.com.mx | Tel: 993 50002

DIAGNOSTICO BIOMOLECULAR S.A. de C.V.

comunicación expedita y una relación respetuosa con mi médico tratante a quien voluntariamente he acudido en busca de ayuda profesional.

Nota para el paciente, familiar o representante legal: Esta carta de CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PUEDE SER REVOCADA EN CUALQUIER MOMENTO mientras no haya iniciado el procedimiento.

Nombre completo y firma del paciente o familiar responsable (parentesco) o representante legal.

Nombre y firma, dirección y teléfono de testigo

Nombre y firma, dirección y teléfono de testigo

Nombre y firma del médico que realiza el procedimiento

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mi (o en mi representado) el manejo consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

Nombre Completo y firma del paciente o familiar responsable (parentesco) o representante legal

_____.

Fecha de negación: _____.

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente. REVOCO el consentimiento otorgado en la fecha y es mi deseo no proseguir el manejo que se indica en mi (o en mi representado) a partir de la fecha, relevando de toda responsabilidad a _____ toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

Nombre Completo y firma del paciente o familiar responsable (parentesco) o representante legal _____

Fecha de revocación: _____

Documento controlado, prohibida su reproducción parcial o total, por cualquier medio sin autorización de bimo.

Diagnóstico Biomolecular S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 1344, Piso 2 Suite 245, Col. Tabasco 2000, C.P. 86035 Villahermosa, Centro Tabasco. hola@bimo.com.mx | Tel: 993 50002