



Hand Help

Consentimiento Quirúrgico

A quién corresponda:

1. Yo _____, el paciente/padre/madre/tutor
Nombre del paciente, si es adulto, o el padre/madre/tutor legal

legal de _____
Nombre del paciente, si es menor de edad

2. Se me han explicado y entiendo completamente lo siguiente:

La condición médica, la cirugía planeada, los riesgos y beneficios previstos.

3. La fundación Hand Help, sus médicos y voluntarios tienen mi permiso para administrar cualquier tratamiento, incluyendo pero no limitado a: radiografías, exámenes de sangre, evaluaciones de anestesia, cirugías previas, diagnósticos dentales o cualquier otra cosa que en el hospital sea considerado necesario.

4. Si la herida o enfermedad es grave o si el tratamiento es urgente, yo le autorizo a Hand Help, a sus médicos y voluntarios a que procuren todos los recursos y procedimientos que sean considerados necesarios y aconsejados para reparar la herida o mejorar la habilidad de movimiento así como el tratamiento para mejorar la condición del paciente.

5. La organización Hand Help, médicos y voluntarios se comprometen a obtener los mejores resultados posibles dentro de las limitaciones que el caso presente. Sin embargo, yo comprendo que no hay ninguna garantía y que ninguno de estos grupos serán responsables por ningún incidente o complicación que surja después de la atención del equipo de Hand Help e incluso la posibilidad de deceso del paciente.

6. A través de este medio doy mi consentimiento para que todo el material de la historia clínica, imágenes, videos y cualquier otro tipo de información acerca del paciente mencionado a continuación, sea publicado con fines científicos y de promoción para la fundación Hand Help Inc. Comprendo que no se publicará mi nombre o el nombre de mi familiar y que se intentará en todo lo posible mantener el anonimato de la identidad en el texto y en las imágenes. Sin embargo, comprendo que no se puede garantizar el anonimato completo. Esta autorización incluye la publicación en idioma español y su traducción al inglés, impresa, formato electrónico, en el sitio web, redes sociales y en cualquier otro formato usado por la fundación hoy y en el futuro. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez que la información haya sido consignada para publicación en imprenta o en línea ya no será posible revocar el consentimiento. A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal: _____

Nombre y Apellido: _____

Fecha: _____