

CONSENTIMIENTO DE CRIOTERAPIA

Yo, (imprima o escriba el nombre a máquina) _____, doy mi consentimiento para crioterapia. Crioterapia es una forma de tratamiento en la que una sonda congelada se aplica al cérvix u otras áreas para lograr la destrucción de células anormales y el rebrote de tejido normal.

Reconozco que no se me han dado o implicado garantías en cuanto al resultado de este tratamiento. Debieran anticiparse evaluaciones de seguimiento durante unos dos años.

Entiendo que durante o después del procedimiento uno o más de lo siguiente pudieran ocurrir:

- Mareo
- Desvanecimiento
- Dismenorrea
- Ligera hemorragia
- Descarga vaginal
- Infección

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado.

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Fecha: _____ Firma del padre/tutor: _____

Si se requirió la traducción del CONSENTIMIENTO DE CRIOTERAPIA:

- Se ofreció un traductor al cliente. sí no
- El cliente escogió usar su propio traductor. sí no
- Este formulario ha sido traducido oralmente para el cliente en la lengua materna del cliente.
- Idioma traducido: _____
- Traducción suministrada por: _____
(imprima o escriba el nombre del traductor)
- Traductor empleado por, o parentesco con el cliente: _____
- Fecha: _____ Firma del traductor: _____

- El cliente ha leído el formulario o un traductor u otra persona se lo han leído.
- El cliente afirma que entiende esta información.

- El cliente ha indicado que no tiene más preguntas.

Fecha: _____ Firma del personal: _____