Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.:
FEVC545733

Resolución No. 18764068113306
FECHA: 2024/04/01 HASTA: 2025/04/01
RANGO DEL FEVC516000 AL FEVC1000000 AUTORIZACIÓN
TIPO FACTURA ELECTRONICA
SOMOS RESPONSABLES DE I.V.A.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CUFE :
8d06db284bb7dd89c755c8877426188c0fe0c22866e1fc1cb6cd6bf33a675313fe9ce3c8559b3db
45f406632e5a1530c

Datos Tercero

Nombre: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
Identificacion: **899999034-1**
Dirección : **CARRERA 12 # 55A - 51**
Ciudad : **SOGAMOSO**
Teléfono: **704035-707235**

Datos Factura

Fecha Validacion Dian : **2024-10-12 12:09:53**
Fecha Vencimiento : **11/11/2024**
Forma de pago : **Credito**

Datos Paciente

Nombre: **CASTILLO FIGUEREDO TERESA ESPERANZA**
Identificacion: **CC 46360288**
Dirección : **CARRERA 12 N° 5 - 22**
Ciudad : **SOGAMOSO** Teléfono: **3215020856 - 3142810741**

Datos Atención

Via Ingreso: **CIRUGÍA AMBULATORIA**
F ingreso: **05/10/2024**
F. Salida : **10/10/2024**
Historia : **T-96539**

Codigo	Descripción	Fecha	Autorización	Cant	$ Unitario	V. Bruto	Copago	Cuota Mod.	$ Total
864204	Reseccion Tumor Benigno De Piel Y O Tejido	05/10/2024	871	1,00	160.000	160.000		0	160.000
81100	Derechos De Sala Cirugia Grupo 04	05/10/2024		1,00	127.000	127.000		0	127.000
C5	Materiales De Sutura Y Curacion Medicamentos Y	05/10/2024		1,00	85.950	85.950		0	85.950

Observaciones

T238 SE ADJUNTA AUT FISICA NRO 871 Y FIRMADA POR USUARIO

Valores Finales

Sub Total	372.950
Descuento	0
Copago / Abono	
Cuota Moderadora	0
Total Factura	**372.950**

SON: Trescientos Setenta y Dos Mil, Novecientos Cincuenta Pesos con 00/100 *

Responsable / Aprueba

Gomez Briceño Dora Nancy

Aceptada

FIRMA Y SELLO
C.C. Ó NIT.

Impreso: 2024-09-13

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 871

Adscrito:	820011 - SOCIEDAD CLINICA BOYACA LIMITADA
Dirección:	TRANSVERSAL 29 No. 9 C -41 (DUITAMA)
Teléfono(s):	7602579 - 7604756
Especialidad:	Clinicas - Clinicas

HC: 46360288

Favor atender por nuestra cuenta a CASTILLO FIGUEREDO TERESA ESPERANZA identificado con el carne 9522394-C Conyuge de SUAREZ GUTIERREZ ECCEHOMO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Honorarios De Cirugia C06	1	0	0

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA

RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO Y DEMAS SERVICIOS QUE SE REQUIERAN
DX: LESION PEDUNCULADA EN NARIZ

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 46385681

creada por: pmoreno

Fecha Nacimiento:	**27/09/1963**	Edad: **61 Años**	Sexo:	**Femenino**	Teléfono: **3215020856 -**
Dirección:	**Carrera 12 N° 5 - 22**		Departamento:	**Boyaca**	Municipio: **Sogamoso**

** INFORME QUIRURGICO** Fecha: 05/10/2024 HORA: 10:01:47 a.m.
DIA: 1

DATOS **INFORME** **QUIRURGICO**

SALA DE CIRUGIA: SALA 2
CIRUJANO: GARCIA REYES ENGELS
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL

FORMA DE REALIZACION DEL ACTO QUIRURGICO: 1

PRE OPERATORIO: L728 ** OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
POS OPERATORIO: **
INTERVENCION PRACTICADA: S15202 ** RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL Y O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN CARA
PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES: PROCEDIMIENTO RESECCION DE PIEL

SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, PACIEN TE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE TOMAN MEDIDAS DE ASEPCIA Y ANTISEPCIA DE REGION A TRATAR, SE COLOCAN CAMPOS ESTERILES, SE APLICA LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA CON JERINGA DE 1ML EN ZONA A REALIZAR PROCEDIMIENTIO, SE REALIZA RESECCION DE LESION NEVIOCA PLANA EN REGION DE LA NARIZ CON HOJA DE BISTURI NUMERO 15, SE TOMAN 2 PUNTOS CON PROLENE 5 BIEN AFRONTADOS LA HERIDA DE CUBRE CON GASA ESTERIL IMPREGNADA DE VASELINA, SE EXPLICAN CUIDADOS DE LA HERIDA, LA QUE DEBE LAVARSE 2 V ECES POR DIA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON, COMPRAR ACIDO FUSIDICO CREMA 2% APLICAR EN LESION 2 VECES POR DIA POR 10 DIAS, RETIRO DE PUNTOS POR LA EPS EN 10 DIAS, CONTROL EN 7 MESES POR DERMATOLOGIA, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES

HERIDA: LIMPIA
TIPO DE HERIDA: CERRADA
ANTIBIOTICO PROFILACTICO: 0

DIAGNOSTICO: FINALIDAD CONSULTA: NO APLICA
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL
L728 OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO

SUBJETIVO: LESION PEDUNCULADA EN NARIZ
PACIENTE ACUDE A CIRUGIA PROGRAMA DONDE SE SIGUEN TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID 19, ACUDE PARA QUE SE LE REALICE PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE LESIONES DE PIEL, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPATR, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

OBJETIVO:
CONDUCTA: ORDENES MEDICAS:
| | ACIDO FUSIDICO CREMA 2% APLICAR CADA 12 HORAS POR 14 DIAS 1 TUBO
| | RETIRO DE PUNTOS EN 13 DIAS
| | CONTROL POR DERMATOLOGIA EN 13 DIAS

GARCIA REYES ENGELS
DERMATOLOGA R. M 528058

Fin----------

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579
DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

INFORME QUIRUGICO

CIRUGÍA AMBULATORIA **46360288**

SENA

A2580141 S8325962

Nombre:	**CASTILLO FIGUEREDO TERESA ESPERANZA**			*Cedula De Ciudadania* No.:	**46360288**
Fecha Nacimiento:	**27/09/1963**	Edad: **61 Años**	Sexo:	**Femenino**	Teléfono: **3215020856 -**
Dirección:	**Carrera 12 N° 5 - 22**		Departamento:	**Boyaca**	Municipio: **Sogamoso**

S15202 | **RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL Y O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN CARA**

DATOS DE INGRESO

VIA INGRESO: CIRUGÍA AMBULATORIA
FECHA: 05/10/2024
HORA INICIO: 10:01:47 a.m. **| HORA FINALIZA:**
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:
LESION PEDUNCULADA EN NARIZ
PACIENTE ACUDE A CIRUGIA PROGRAMA DONDE SE SIGUEN TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID 19, ACUDE PARA QUE SE LE REALICE PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE LESIONES DE PIEL, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPATR, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTECEDENTES:
ANTECEDENTES PERSONALES : *** HIPERTESION ARTERIAL

REVISION POR SISTEMA:
EXAMEN FISICO:

DATOS INFORME QUIRURGICO

SALA DE CIRUGIA: SALA 2
CIRUJANO: GARCIA REYES ENGELS
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL
FORMA DE REALIZACION DEL ACTO QUIRURGICO: 1
PRE OPERATORIO: L728 ** OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
POS OPERATORIO: **
INTERVENCION PRACTICADA: S15202 ** RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL Y O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN CARA
PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES: PROCEDIMIENTO RESECCION DE PIEL
SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, PACIEN TE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE TOMAN MEDIDAS DE ASEPCIA Y ANTISEPCIA DE REGION A TRATAR, SE COLOCAN CAMPOS ESTERILES, SE APLICA LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA CON JERINGA DE 1ML EN ZONA A REALIZAR PROCEDIMIENTIO, SE REALIZA RESECCION DE LESION NEVIOCA PLANA EN REGION DE LA NARIZ CON HOJA DE BISTURI NUMERO 15, SE TOMAN 2 PUNTOS CON PROLENE 5 BIEN AFRONTADOS LA HERIDA DE CUBRE CON GASA ESTERIL IMPREGNADA DE VASELINA, SE EXPLICAN CUIDADOS DE LA HERIDA, LA QUE DEBE LAVARSE 2 V ECES POR DIA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON, COMPRAR ACIDO FUSIDICO CREMA 2% APLICAR EN LESION 2 VECES POR DIA POR 10 DIAS, RETIRO DE PUNTOS POR LA EPS EN 10 DIAS, CONTROL EN 7 MESES POR DERMATOLOGIA, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES
HERIDA: LIMPIA
TIPO DE HERIDA: CERRADA
ANTIBIOTICO PROFILACTICO: 0

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: L728 : OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: L728 : OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
DIAGNOSTICO RELACIONADO 2: L728 : OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
DIAGNOSTICO RELACIONADO 3: L728 : OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO REPETIDO

CONDUCTA: ORDENES MEDICAS:
| | ACIDO FUSIDICO CREMA 2% APLICAR CADA 12 HORAS POR 14 DIAS 1 TUBO
| | RETIRO DE PUNTOS EN 13 DIAS
| | CONTROL POR DERMATOLOGIA EN 13 DIAS

GARCIA REYES ENGELS
DERMATOLOGA 528058

---------- ---------- Fin----------

Clínica Boyacá
TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

HISTORIA CLINICA
46360288
SENA

Nombre: **CASTILLO FIGUEREDO TERESA ESPERANZA** *Cedula De Ciudadania* ***No.:*** 46360288
Fecha Nacimiento: 27/09/1963 ***Edad:*** 61 Años ***Sexo:*** Femenino
Dirección: Carrera 12 N° 5 - 22 ***Municipio:*** Sogamoso ***Departamento:*** Boyaca ***Teléfono:*** 3215020856 -

**** INFORME QUIRURGICO**** **Fecha:** 05/10/2024 **HORA:** 10:01:47 a.m.
DATOS **INFORME** **QUIRURGICO**

SALA DE CIRUGIA: SALA 2
CIRUJANO: GARCIA REYES ENGELS
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL

FORMA DE REALIZACION DEL ACTO QUIRURGICO: 1

PRE OPERATORIO: L728 ** OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
POS OPERATORIO: **
INTERVENCION PRACTICADA: S15202 ** RESECCION TUMOR BENIGNO DE PIEL Y O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO EN CARA
PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES: PROCEDIMIENTO RESECCION DE PIEL

SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, PACIEN TE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE TOMAN MEDIDAS DE ASEPCIA Y ANTISEPCIA DE REGION A TRATAR, SE COLOCAN CAMPOS ESTERILES, SE APLICA LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA CON JERINGA DE 1ML EN ZONA A REALIZAR PROCEDIMIENTIO, SE REALIZA RESECCION DE LESION NEVIOCA PLANA EN REGION DE LA NARIZ CON HOJA DE BISTURI NUMERO 15, SE TOMAN 2 PUNTOS CON PROLENE 5 BIEN AFRONTADOS LA HERIDA DE CUBRE CON GASA ESTERIL IMPREGNADA DE VASELINA, SE EXPLICAN CUIDADOS DE LA HERIDA, LA QUE DEBE LAVARSE 2 V ECES POR DIA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON, COMPRAR ACIDO FUSIDICO CREMA 2% APLICAR EN LESION 2 VECES POR DIA POR 10 DIAS, RETIRO DE PUNTOS POR LA EPS EN 10 DIAS, CONTROL EN 7 MESES POR DERMATOLOGIA, PROCEDIMIENTO REALIZADO SIN COMPLICACIONES

HERIDA: LIMPIA
TIPO DE HERIDA: CERRADA
ANTIBIOTICO PROFILACTICO: 0

DIAGNOSTICO: FINALIDAD CONSULTA: NO APLICA
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL
L728 OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO

SUBJETIVO: LESION PEDUNCULADA EN NARIZ
PACIENTE ACUDE A CIRUGIA PROGRAMA DONDE SE SIGUEN TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID 19, ACUDE PARA QUE SE LE REALICE PROCEDIMIENTO PROGRAMADO DE LESIONES DE PIEL, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A REALIZAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPATR, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

OBJETIVO:
CONDUCTA: ORDENES MEDICAS:
| | ACIDO FUSIDICO CREMA 2% APLICAR CADA 12 HORAS POR 14 DIAS 1 TUBO
| | RETIRO DE PUNTOS EN 13 DIAS
| | CONTROL POR DERMATOLOGIA EN 13 DIAS



GARCIA REYES ENGELS
DERMATOLOGA 528058

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

HISTORIA CLINICA

EVOLUCIÓN ENFERMERIA FECHAS Y ANOTACIONES

NOMBRE: Teresa Esperanza castillo F DOC. IDENT. 46360288 CAMA: _____

Fecha	Hora	
05 Oct 24	07:55	Ingresa paciente a cirugía con autorización y consentimiento informado para procedimiento con D. Engels García se inicia preparación para cirugía control de signos vitales Peso: 65k T.A. 147/69 F.C. 56 F.R. 20 Sp: 94% amb T: 36 se espera llamado de cirugía — Aurle Wilma Silva —
05/10/24	09:55	Ingresa paciente a Sala #2 para su procedimiento con el doctor Engels García, Se acomoda paciente en mesa de litotomia Se monitoriza paciente, Se pone placa de electro, se realiza asepsia y antisepsia en area quirurgica, doctor Engels García inicia procedimiento quirurgico Jazmin InQx Reseccion de lesion en nariz con instrumentadora Jazmin doctor Engels termina procedimiento quirurgico sin complicación, deja herida quirurgica cubierta, limpia y seca, se traslada paciente en Silla de ruedas a recuperacion tardia paciente estable, Se viste paciente con ropa de calle, pendiente continuar ordenes medicas — Camila Rincon Auxiliar Enferme
5/10/24	10:10	Pcte en buen estado gral, egresa con dompa completa — Jefe Mdm Hanal

Favor firmar después de cada anotación

Clínica Boyacá

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7602944 - 7602579 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

ATENCION GENERAL
Admision No. : A2580141

Historia No **46360288**

Ingreso

Fecha 05/10/2024 Hora 08:51:16 A.m.

SENA

Datos Paciente

Nombre: **CASTILLO FIGUEREDO TERESA ESPERANZA** **Cc** ***No.:*** 46360288

Fecha Nacimiento: 27/09/1963 ***Edad:*** 61 Años ***Sexo:*** Femenino

Dirección: Carrera 12 N° 5 - 22 ***Municipio:*** Sogamoso ***Departamento:*** Boyaca ***Teléfono:*** 3215020856 -

Tipo de Usuario: Contributivo Contributivo ***Médico:*** Garcia Reyes Engels

Formato Generado 05/10/2024 08:52:23 a.m.

Sociedad Clínica Boyacá S.A.S.
Nit. 891.856.507-9
Transversal 29 No. 9C - 41
PBX. (608) 7 63 23 01
Email.: clinicaboyaca@gmail.com Web: clinicaboyaca.com.co
Duitama - Boyaca - Colombia

CONSULTA
ESPECIALISTA
OM-1637711

A2571726

Fecha: 11/09/2024 04:29:32 P.m. Habitación No.
Nombre: **CASTILLO FIGUEREDO TERESA** ***Edad:*** 60 Años
Cedula De Ciudadania No.: 46360288 ***Tel.:*** 3215020856 - 3142810741
Entidad: **SENA**

DX: DP: L728 | OTROS QUISTES FOLICULARES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO

R./

| PACIENTE CON LESION PEDUNCULADA EN REGION DE LA NARIZ SE INDICAR REALIZAR RESECCION DE ESTA LESION DE PIEL 864201

46385681

GARCIA REYES ENGELS
RM. 528058
DERMATOLOGA

11/09/2024 16:32:01 | Pyp | Garcia Reyes Engels

C3

Clínica Bonnadona

ESCALA DE CAIDAS

versión 6

Fecha: 05 Oct 24 Hora: 8+55
Nombre: Teresa Esperanza Castillo Identificación: 46360288
Habitación: cirugía

	PUNTUACION
HISTORIA DE CAIDAS	0
DIAGNOSTICO ASOCIADO	20
PORTAR DISPOSITIVOS	0
MEDICAMENTOS	10
ESTADO DE CONCIENCIA	0
AUTOEFICACIA	0
EDAD	0
ULTIMO TRIMESTRE DE GESTACION O POSPARTO MENOR DE 24 HORAS	0
TOTAL	30

INSTRUCCIONES

Asigne el puntaje segun las caracteristicas del paciente. Registre el valor obtenido.

HISTORIA DE CAIDAS (en el último año)..... **10 PUNTOS**

DIAGNOSTICO ASOCIADO
Déficit visual y/o auditivo, secuelas o patología neurológicas, vértigo, inestabilidad hemodinámica, postoperatorio con anestesia regional PRIMERAS 12 horas, anestesia general las primeras 8 horas, trauma mayor reciente extremidades, cirugía ocular, TCE, Parkinson, desacondicionamiento físico, epilepsia, paciente con peso mayor a 120 KG dificultad respiratoria moderada a severa, paciente con más de 4 deposiciones en las últimas 12 horas..... **20 PUNTOS**

PORTAR DISPOSITIVOS
Venoclisis, catéteres centrales, drenajes (sondas), inmovilizaciones, silla de ruedas..... **20 PUNTOS**

MEDICAMENTOS
Diuréticos laxantes, enemas, hipoglucemiantes, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, opioides, beta bloqueadores alfa bloqueadores, anti arrítmicos, Inotrópicos, antihistamínicos..... **10 PUNTOS**

ESTADO DE CONCIENCIA
De somnolencia, estupor, coma, agitación psicomotora, demencias..... **20 PUNTOS**

AUTOEFICACIA
El paciente no es capaz de reconocer sus limitaciones se le dificulta realizar alguna actividad, no puede pasar al baño sin ayuda y/o sin oxigeno..... **10 PUNTOS**

EDAD
> 75 años < 5 años..... **15 PUNTOS**

ULTIMO TRIMESTRE DE GESTACION O POSPARTO MENOR DE 24 HORAS..... **10 PUNTOS**

CLASIFICACION DEL RIESGO

Riesgo Alto: Con puntuación **mayor a 60**
Riesgo Medio: Con puntuación **entre 40 y 59**
Riesgo Bajo: Con puntuación **menor a 40**

Clasificación del riesgo: bajo **Para riesgo alto, medio y niños entregue recomendaciones escritas.**

Se explican riesgos y medidas de precaucion al paciente y acompañante(s), en constancia de lo cual firma.

Firma Paciente: Teresa E Castillo Firma y nombre de Acudiente: _____

Realizado Por: Zoila Silva Fecha de próxima evaluación: 12-10-24

URGENCIAS [ ] HOSPITALIZACION [ ] CIRUGIA [X]

Clínica Boyacá
NIT. 891.856.507-9

Transversal 29 No. 9C-41
Tels. 7631386 - 7631448 - 7631385 DUITAMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

SERVICIO cirugía FECHA 5-10-24

YO Teresa Castillo AUTORIZO AL Dr. Eyeb García
Y A CUALQUIER OTRO MÉDICO QUE EL DESIGNE, PARA REALIZAR O PARTICIPAR EN EL SIGUIENTE TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO biopsia en cara

ENTIENDO QUE ESTE TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ES NECESARIO PARA DIAGNOSTICAR Y/O TRATAR MI ENFERMEDAD ACTUAL.

SI SE PRESENTAN SITUACIONES IMPREVISTAS DURANTE ESTE PROCEDIMIENTO QUE REQUIERAN TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS A LOS AHORA PLANEADOS, AUTORIZO A LOS MÉDICOS REALIZAR LOS SI SON NECESARIOS O RECOMENDABLES MEDICAMENTE.

ACEPTO LA ADMINISTRACIÓN DE LOS AGENTES ANESTÉSICOS QUE SEAN NECESARIOS, LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA ME HAN SIDO EXPLICADOS A MI SATISFACCIÓN.

EL Dr. Eyeb García HA DISCUTIDO EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTERIORMENTE ANOTADO CONMIGO Y ME HA EXPLICADO LA INFORMACIÓN QUE SE RESUME A CONTINUACIÓN.

1. LA NATURALEZA, PROPÓSITO Y RESULTADO QUE SE ESPERAN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANOTADO.
2. LOS RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO, ESTOY CONSCIENTE QUE ADEMÁS DE LOS RIESGOS ESPECÍFICOS QUE ME HAN SIDO EXPLICADOS DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO HAY OTROS RIESGOS COMO: INFECCIÓN, PÉRDIDA SEVERA DE SANGRE, PARO CARDÍACO O MUERTE.
3. LOS PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS ALTERNOS, RIESGOS, COMPLICACIONES Y EFECTIVIDAD PROBABLE DE CADA UNO DE ESTOS.
4. EL PRONOSTICO SI EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO NO ES ACEPTADO.

ENTIENDO QUE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y CIRUGÍA, NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y QUE NINGUNA GARANTÍA SE ME HA HECHO CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE COMENTAR MI SITUACIÓN MÉDICA CON EL MÉDICO Y TODAS MIS PREGUNTAS E INQUIETUDES HAN SIDO RESUELTAS A MI SATISFACCIÓN, CREO QUE TENGO CONOCIMIENTO Y ENTENDIMIENTO SUFICIENTES SOBRE LOS CUALES BASAR UNA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO.

I

TESTIGO C.C. No. 1 46385681

X Teresa E Castillo

PACIENTE C.C. No. 46760288

(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD O INCAPAZ DE DAR AUTORIZACIÓN)

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD _____ O INCAPAZ DE DAR AUTORIZACIÓN
INCAPACIDAD POR: _____

_____

TUTOR DEL PACIENTE MAS CERCANO C.C. No.