

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEJAS
DESCUBRIMIENTO Y CONSENTIMIENTO
BIOPSIA DEL PIEL PARA CASOS O SOSPECHOSOS DE LA
ENFERMEDAD DE HANSEN'S**

La información en esta forma de consentimiento se provee para que puede saber más tocante el procedimiento el cual esta dando su permiso. Despues que estas seguro que entiendes la información que se da tocante el procedimiento y si estas de acuerdo a tenerlo, tienes que firmar esta forma para indicar su entendimiento y permiso.

Se requiere una biopsia del piel para proveer al médico con información adicional para hacer un diagnóstico preciso y para determinar su reacción al tratamiento tambien como resistencia a drogas.

Entiendo que una biopsia del piel es la extracción de un pequeño pedazo de piel (3/16 de una pulgada, o 4 mm, de diámetro) abajo de anaesthesia local.

Entiendo que las extraccion del piel es simple pero puedo sentir algun dolor y un pequeño cantidad de sangrimiento por varios días despues del procedimiento. Una cicatriz pequeña y permanente (acerca de 1/8 de una pulgada en diámetro) probablemente se queda al sitio. Entiendo, como cualquier herida picando mí piel, hay una pequeña posibilidad de infección.

Entiendo que la muestra (piel) se manda a un laboratorio para que se pueda examinar.

Entiendo la oportunidad de hacer preguntas tocante este procedimiento, los beneficios y riesgos. Éstas preguntas fueron contestadas a mí satisfacción.

(Marca una) He leído la forma o me han leído la forma y fue explicada completamente. Todas las lineas en blanco fueron llenadas antes que firme esta forma de consentimiento.

Base todo lo arriba, doy mí consentimiento informado para la biopsia del piel como se ha recommendado.

FIRMAS

Sección I:

Nombre del Paciente _____ Firma del Paciente _____
Persona que autoriza (Si no es el paciente) _____
Relación _____ Firma _____ Fecha _____

Sección II: Certifico que la persona que tiene el poder para consentimiento no se pueda contactar y no ha objetado al servicio que se recommenda.

Nombre del Paciente _____
Persona que da el consentimiento _____ Firma _____
Relación al paciente _____ Fecha _____
Dirección _____ Número de teléfono _____

Sección III: Firma de Consejero: _____ Fecha _____