

## CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN PÉLVICO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de examen/exámenes: \_\_\_\_\_

La Sección 456.51 de los Estatutos de Florida exige el consentimiento por escrito de un paciente o de su representante legal antes de que un profesional de la salud, un estudiante de medicina u otro estudiante que esté recibiendo formación como profesional de la salud pueda realizar un examen pélvico a un paciente.

Yo, \_\_\_\_\_, el paciente / representante legal del paciente por la presente doy mi consentimiento para el o los exámenes a continuación:

Marque el tipo y/o la descripción del examen o exámenes que se realizará(n):

<input type="checkbox"/> Enema de bario	<input type="checkbox"/> TC con enema de contraste	<input type="checkbox"/> Cistograma
<input type="checkbox"/> Examen genital	<input type="checkbox"/> Genitales externos parto y trabajo de parto	<input type="checkbox"/> Genital (hisopado/cultivo)
<input type="checkbox"/> Instrumentación pélvica (manipulación uterina)	<input type="checkbox"/> Hisopados perineales	<input type="checkbox"/> Prostático transrectal
<input type="checkbox"/> Examen rectal	<input type="checkbox"/> Examen de escroto	<input type="checkbox"/> Ultrasonido de escroto
<input type="checkbox"/> Examen transvaginal	<input type="checkbox"/> Cateterización urinaria	<input type="checkbox"/> Examen/exámenes vaginal / rectal
<input type="checkbox"/> Otro (describa): _____		

El/Los examen/exámenes será(n) realizado(s) por una o más de las siguientes personas, a las que, a los efectos del presente consentimiento, se denominan "proveedores de atención de la salud" y tienen privilegios dentro de este establecimiento para realizar el/los examen/exámenes marcado(s) arriba:

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Asistente médico	<input type="checkbox"/> Enfermero (RN, APRN, o LPN)
<input type="checkbox"/> Partera	<input type="checkbox"/> Personal radiológico	<input type="checkbox"/> Estudiante de medicina
<input type="checkbox"/> Estudiante que se entrena como profesional de la salud (Identifique el área en la que el estudiante está recibiendo la formación): _____		
<input type="checkbox"/> Otro profesional de la salud (especifique): _____		

A los efectos de este consentimiento, se entiende por "examen pélvico" una serie de tareas que comprenden el examen de uno o más de los siguientes órganos: vagina, cuello del útero, útero, trompas de Falopio, ovarios, recto o tejido pélvico externo u otros órganos. El examen puede realizarse utilizando cualquier combinación de modalidades que pueden incluir, entre otras, la mano con guante o el instrumental de un proveedor de atención de la salud.

Al firmar a continuación, el paciente (o su representante legal) reconoce que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el examen antes de firmar este consentimiento y que el paciente (o su representante legal) ha aceptado voluntariamente el examen o los exámenes aquí identificados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

CONSENT FOR PELVIC EXAMINATION



Patient Identification/Label

NO ESCRIBIR EN EL MARGEN

NO ESCRIBIR EN EL MARGEN