



Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Descubrimiento y Consentimiento
Raspadura de la Piel para Casos o Sospechosos de la
Enfermedad de Hansen's

La información en esta forma de consentimiento se provee para que usted esté informado(a) sobre el procedimiento por el cual está dando su permiso. Después de estar seguro que entiende la información que se da tocante el procedimiento y si está de acuerdo a servirse a firmar esta forma para indicar su entendimiento y permiso.

Se requiere una raspadura de la piel para proveer al médico al ingual que información adicional para hacer un diagnosis preciso y para vigilar su reacción al tratamiento que reciba.

Entiendo que la raspadura se hace raspando una pequeña cantidad de material de una cortada pequeña (5 mm de largo y 2 mm de hondo) con escalpelo estéril ó hoja de afeitar de varios sitios (los lobos de las orejas, codos y rodillas). El procedimiento es sencillo pero puedo sentir un poco de incomodidad durante el procedimiento. Entiendo como cualquier herida al punzar mí piel, que hay una pequeña posibilidad de infección.

Entiendo que la muestra o material que se obtenga de la raspadura se manda a un laboratorio para que se pueda examinar.

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

- (Marca una) [] He leído la forma.
[] Me han leído la forma y fue explicada completamente.

Todas las lineas en blanco fueron llenadas antes de que firmé esta forma de consentimiento. Según lo ya mencionado, doy mí consentimiento informado para la raspadura de 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 le puede comunicar y no me opongo al servicio que se recomienda.
Nombre del Paciente _____
Persona que da el consentimiento _____ Firma _____
Relación al paciente _____ Fecha _____
Dirección _____ Número de teléfono _____

Sección III

Firma de Consejero _____ Fecha _____