



## CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN PÉLVICO

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Como está escrito en el Estatuto de Florida 456.51, un examen pélvico requiere un consentimiento informado.

Según la Estatua, un examen pélvico se define como "la serie de tareas que comprenden un examen de los genitales o el recto internos o externos, masculinos o femeninos, utilizando una combinación de modalidades, que pueden incluir, entre otras, la salud la mano enguantada o el instrumental del proveedor de cuidados ". A los efectos de este consentimiento, la instrumentación incluye espéculo vaginal y / o cateterismo.

El enfermero/a practicante (ARNP) \_\_\_\_\_, el asistente médico \_\_\_\_\_ y / o el médico \_\_\_\_\_ que atenderá a su hijo hoy pueden realizar un examen pélvico.

Los riesgos potenciales de un examen pélvico pueden incluir (pero no se limitan a) dolor o malestar. Existen algunas alternativas al examen pélvico, las alternativas no son tan efectivas para proporcionar información diagnóstica o evaluativa y conllevan su propio conjunto de riesgos. Si tiene alguna inquietud, debe hablar con su proveedor de atención médica.

Por la presente otorgo a Pediatrix Medical Group, Children's Urology Associates, el permiso para realizar un "examen pélvico" clínicamente indicado

1. Se me ha explicado el propósito, el procedimiento, los riesgos involucrados y los posibles métodos alternativos de tratamiento. También entiendo que la información que se me proporcionó no enumera todos los riesgos posibles y que podrían ocurrir otros problemas menos probables.
2. Entiendo que puedo terminar el procedimiento en cualquier momento
3. Entiendo que soy responsable de informarle inmediatamente al médico, enfermero/a o ecografista si tengo alguna molestia y / o algún sintoma inusual durante el procedimiento.
4. E leído este formulario de consentimiento, y entiendo sus términos, y lo estoy firmando a sabiendas y voluntariamente.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



### **COVID-19 SCREENING**

La seguridad de nuestros pacientes y personal es de suma importancia para los Asociados de Urología Infantil. Dado el reciente brote de COVID-19, las siguientes preguntas de detección previas a la visita están diseñadas para ayudar a promover su seguridad, así como la seguridad de nuestro personal y los demás pacientes. Responda a estas preguntas con sinceridad y precisión. Todas sus respuestas serán confidenciales.

<b>Preguntas</b>	<b>Sí / No</b>	<b>Detalles</b>
¿Ha tenido usted o algún miembro de su hogar alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? •Dolor de garganta •Tos • Escalofríos • Dolores corporales desconocidas • Dificultad para respirar por razones desconocidas • Pérdida del olfato / pérdida del gusto • ¿Fiebre, temperatura de 100 grados Fahrenheit o más?	S / N	
¿A usted o algun miembro de su familia se le hizo la prueba de el COVID-19?	S / N	
¿A usted o algun meinbro de su familia se le recomendo hacerse la pruebe de el COVID-19? ¿O le aconsejaron auto cuarentena por COVID-19?	S / N	
¿Usted o algon miembro de su familia a visitado o recibido tratamiento en un hospital u otro centro de atención médica en los últimos 14 dias?	S / N	