

CENTRAL KANSAS PODIATRY ASSOCIATES
STATE OF THE ART PODIATRIC CARE

Benjamin W. Weaver, DPM, CWS, FACFAOM, FAPWCA, FCCWS, FAAPPM

Physician Certified in Wound Care - CMET

Paul Bassi, DPM, AACFAS



933 N. Topeka
Wichita, KS 67214
(316) 269-3338
877-898-3338

613 N. Main
El Dorado, KS 67042
(316) 320-3338
877-898-3338

WWW.CKPA.NET

Skin biopsy consent form (shave)

Consentimiento de Biopsia / Raspaje de la Piel

Paciente _____ Edad _____ Fecha _____ Hora _____

Yo, por el presente documento autorizo al Dr Weaver/Bassi a ejecutar la siguiente intervención quirúrgica: Biopsia de Raspaje de la Piel. Esta es una intervención mínima en la cual se remueve una capa de la piel bajo anestesia local para ser estudiada en un laboratorio.

Yo entiendo que generalmente no se indica el cerrar la biopsia. No obstante puede ser una decisión necesaria y a discreción del médico.

Improbable, pero posibilidades de complicaciones de esta intervención incluyen hemorragia local, infección, adormecimiento, o dolor prolongado.

Yo doy consentimiento al suministro de anestesia bajo la dirección del médico mencionado arriba como sea necesario.

El propósito y naturaleza de esta biopsia, los riesgos, beneficios, los riesgos de no obtener un diagnóstico, y las posibilidades de complicaciones han sido completamente explicados a mí por el médico mencionado. Yo reconozco que no me garantizan o aseguran los resultados que se obtendrán mediante esta intervención quirúrgica.

Yo aseguro que he leído y he entendido completamente el consentimiento a dicha biopsia y las explicaciones hechas a mí por el médico mencionado arriba.

Firma del paciente _____ Fecha _____

El presente documento ha sido leído y discutido en mi presencia, y en mi opinión la persona que firmo lo hizo sin reparos y con completa comprensión y conocimiento.

Firma del testigo _____ Fecha _____