



**Authorization for Loop Electrical Excision Procedure of the Cervix  
in Women's Ambulatory Health Services**

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_

I hereby authorize Dr. \_\_\_\_\_ to perform the following surgery/ procedure:

**Loop Electrical Excision Procedure of Cervix**

I understand that residents, medical students, physician assistants and/or advanced practice registered nurses may also be in attendance, and/or assisting in the performance, and/or performing significant medical/surgical tasks within the above specified surgery/procedure. In addition, I understand that there may be unforeseen circumstances that are encountered while performing the above listed surgery/procedure that require the assistance of other qualified medical personnel who have not been identified.

I have had explained to me in connection with the proposed surgery/procedure: (i) the nature and purpose of the proposed surgery/procedure (ii) the foreseeable risks and consequences of the proposed surgery/procedure, including the risk that the proposed surgery/procedure may not achieve the desired objective; and (iii), the alternatives to the proposed surgery/procedure and the associated risks and benefits to such alternatives; and the reasonably foreseeable risks and alternatives to the transfusion of blood and blood products should I need a blood transfusion.

Specifically, in obtaining my informed consent to the surgery/procedure, I have been informed of the following reasonably foreseeable risks/complications:

- Bleeding
- Infection
- Vasovagal reaction (feeling faint, clamminess, racing heartbeat, dizziness, nausea, vomiting)
- Treatment may not be successful
- Cervical insufficiency

I am aware that, in addition to the reasonably foreseeable risks described, there are other foreseeable risks, which have been discussed with me, but are not listed. I affirm that I understand the purpose and potential benefits of the proposed surgery/procedure, that no guarantee has been made to me as to the results that may be obtained, and that an offer has been made to me to answer any of my questions about the proposed surgery/procedure.

I agree to the use of sedation/analgesia as required, and if applicable, the disposal of any tissue removed. This consent may be revocable by me at any time, except to the extent it has already been relied upon.

\_\_\_\_\_ M.D. Signed: \_\_\_\_\_  
(Patient or legally authorized representative)

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Interpreter responsible for explaining the surgery, procedures and/or special treatment:

\_\_\_\_\_ (Interpreter)

**PATIENT UNABLE TO SIGN PRIOR TO SURGERY  BECAUSE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ M.D.

\_\_\_\_\_ Witness



**Autorización para Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa del cuello del útero en Servicios de salud ambulatorios para mujeres**  
(Authorization for Loop Electrical Excision Procedure of the Cervix)

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a realizar la siguiente cirugía/procedimiento:

**Escisión electroquirúrgica con asa del cuello del útero**

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudando a la realización, y/o llevando a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en la cirugía/procedimiento especificado arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace la cirugía/procedimiento listado arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con la cirugía/procedimiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito de la cirugía/procedimiento propuesto; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles de la cirugía/procedimiento propuesto, incluyendo el riesgo de que la cirugía/procedimiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), las alternativas a la cirugía/procedimiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas; y los riesgos razonablemente previsibles y las alternativas a la transfusión de sangre y productos de la sangre si necesitara una transfusión.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía/procedimiento, se me han informado los siguientes riesgos/complicaciones razonablemente previsibles:

- Hemorragia
- Infección
- Reaccion vasovagal (sensación de desmayo, sensación de frío, frecuencia cardíaca incrementada, mareos, náuseas, vómitos)
- El tratamiento puede no tener éxito
- Insuficiencia cervical

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmo que entiendo el propósito y los beneficios potenciales de la cirugía/procedimiento propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre la cirugía/procedimiento propuesto.

Accedo al uso de sedación/analgesia según se requiera, y si corresponde, a la eliminación de cualquier tejido que se extirpe.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

\_\_\_\_\_ M.D. Firmado: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Intérprete responsable de explicar la cirugía, los procedimientos y/o el tratamiento especial:

\_\_\_\_\_ (Intérprete)

**LA PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [  ] PORQUE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ M.D.

\_\_\_\_\_ Testigo