



Texas Department of State Health Services

TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES
DISCLOSURE AND CONSENT
SKIN BIOPSY FOR HANSEN'S DISEASE CASES OR SUSPECTS

Clinic Name: _____

The information in this consent form is given so you can be better informed about the procedures for which you are consenting. After you are sure that you understand the information, which will be given, about the procedure and if you agree to have the procedure performed, you must sign this form to indicate that you do understand and consent to the procedure.

A skin biopsy is required to provide the physician with additional information for making an accurate diagnosis and determining your response to treatment as well as drug resistance.

I understand that a skin biopsy is the removal of a small piece of skin (3/16 of an inch, or 4mm in diameter) under local anesthesia.

I understand that the removal of this skin is a simple procedure but that I may experience some pain and a very small amount of bleeding for several days after the procedure. A small permanent scar (about 1/8 of an inch in diameter) will probably remain at the site. I understand that, as with any wound caused by puncturing my skin, there is a small chance of infection.

I understand that the specimen (skin) removed will be sent to a laboratory for examination.

I have had the opportunity to ask questions about the procedure, the benefits and risks. These questions have been answered to my satisfaction.

(Check one) I have read the form [] or I have had the form read to me [] and it has been fully explained to me. All blank lines have been filled in before I signed this consent form.

Based on all the above, I give this informed consent for skin biopsy as recommended.

Signatures

Section I:

Patients Name: _____ Signature: _____

Person Authorized to consent (if not patient): _____

Relationship: _____ Signature: _____ Date: _____

Section II:

I certify that the person who has the power to consent cannot be contacted and has not previously objected to the service being requested.

Patient's Name: _____

Person giving consent: _____ Signature: _____

Relationship to patient: _____ Date: _____

Address: _____ Phone Number: _____

Section III:

Counselor Signature: _____ Date: _____



DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TEJAS
DESCUBRIMIENTO Y CONSENTIMIENTO
BIOPSIA DE LA PIEL PARA CASOS O SOSPECHOSOS DE LA
ENFERMEDAD DE HANSEN'S

La información en esta forma de consentimiento se provee para puede saber más tocante el procedimiento el cual esta dando su permiso. Despues que estas seguro que entiendes la información que se da tocante el procedimiento y si estas de acuerdo a tenerlo, tienes que firmar esta forma para indicar su entendimiento y permiso.

Se requiere una biopsia del piel para proveer al medico con información adicional para hocer un diagnosis preciso y para determinar su reacción al tratamiento tambien como resistencia a drogas.

Entiendo que una biopsia del piel es la extraccioón de un pequeño pedazo de piel (3/16 de una pulgada, o 4 mm, de diámetro) abajo de anaesthesia local.

Entiendo que las extraccion del piel es simple pero puedo sentir algun dolor y un pequeño cantidad de sangrimiento por varios días despues del procedimiento. Una cicatriz pequeña y permanente (acerca de 1/8 de una pulgada en diámetro) probablemente se queda al sitio. Entiendo, como cualquier herida picando mí piel, hay una pequeña posibilidad de infección.

Entiendo que la muestra (piel) se manda a un laboratorio para que se pueda examinar.

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

(Marca una) He leído la forma [] o me han leído la forma [] y fue explicada completamente. Todas las lineas en blanco fueron lienadas antes de que firmé esta forma de consentimiento.

Base todo lo arriba, doy mí consentimiento informado para la biopsia del 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: _____ Numero de teléfono: _____

Sección III:

Nombre del consejero: _____
Firma del consejero: _____ Fecha: _____