



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

The information in this consent form is given so you can be better informed about the procedure 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 scraping is required for additional information to confirm your diagnosis, as well as for monitoring your body's response to the treatment you are receiving.

I understand that a skin scraping is done by scraping a minute amount of material from a small slit (5mm long and 2mm deep) with a sterile scalpel or razor blade at several sites (earlobes, elbows, and knees). This procedure is harmless but may cause a slight discomfort during the procedure. I understand that, as with any wound caused by puncturing my skin, there is a small chance of infection.

The specimen or material that is obtained from the scraping is sent to a laboratory for examination.

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

- (Check One)**
- I have read the form.
- I have had the form read to me and it has been fully explained to me.

All blank lines had been filled in before I signed this consent form. Based on all the above, I give this informed consent for skin scraping 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
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 medico al igual 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 (5mm de largo y 2mm 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 punchar 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 examiner.

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: _____ Numero de teléfono: _____

Sección III:

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