



**CONSENTIMIENTO PARA BIOPSIA TRANSRECTAL DE LA PROSTATA CON ULTRASONIDO**

Yo, por este medio autorizo al Dr. Malcolm Schwartz, Dr. Bernard Lehrhoff, Dr. Kenneth Ring, Dr. Mark Miller, Dr. Joshua Fiske, Dr. Andrew Bernstein, Dr. Robert Stackpole, y quien el designe a ayudarlo para realizar la Biopsia Transrectal de la prostata con ultrasonido.

El procedimiento se me a explicado y eso incluye:

1. Proposito y el alcance del procedimiento para llevar a cabo.
2. Riegos que implican el procedimiento como infecciones o desangramiento.
3. Los posibles o probables resultados del procedimiento.
4. Los resultados si se mantiene sin tratamiento.

Yo certifico que e leido y e entendido las sujetas instrucciones en referencia a las posibles complicaciones del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Adult and Pediatric Urology • Sexual Dysfunction • Male Infertility • Urinary Incontinence • Urologic Oncology  
Laparoscopic Surgery • Robotic Surgery • Radiation Oncology • Stone Disease Management • Pelvic Reconstruction*

275 Orchard Street • Westfield, New Jersey 07090 • Tel: (908) 654-5100 • Fax: (908) 789-8755  
659 Kearny Avenue • Kearny, New Jersey 07032 • Tel: (201) 997-0640 • Fax: (908) 789-8755  
776 East Third Avenue • Roselle, New Jersey 07203 • Tel: (908) 241-5268 • Fax: (908) 789-8755  
Atkins Medical Plaza • 1500 Pleasant Valley Way • Suite 306 • West Orange, New Jersey 07052 • Tel: (973) 325-0091 • Fax: (908) 789-8755  
570 South Avenue East • Building. A • Cranford, New Jersey 07016 • Tel: (908) 272-5335 • Fax: (908) 497-1633