

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O QUIRÚRGICOS

Yo, (nombre y apellido)

, declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado/a en términos fácilmente comprensibles, por el Dr./Dra.

(médico/a que realizará el procedimiento) sobre la naturaleza y propósito del procedimiento que se me realizará denominado:

.....

dado que padezco

En palabras sencillas, el mencionado procedimiento consiste en:

.....

Los beneficios razonables del procedimiento propuesto son:

.....

También me han detallado los cuidados anteriores y posteriores los cuales me comprometo a realizar.

Los mismos consisten en:

.....

.....

También me han explicado de manera clara y comprensible los riesgos del tratamiento, las probables complicaciones, la mortalidad y las potenciales secuelas que se detallan a continuación:

.....

.....

Como alternativa a este procedimiento se me ha propuesto:

.....

Se me han explicado las siguientes ventajas y desventajas de las alternativas:

.....

.....

El médico también me ha informado informa que el tipo de anestesia que se va a aplicar y sus riesgos son:

.....

He sido informado/a acerca de los beneficios, las complicaciones y las consecuencias, ciertas o previsible, de la NO realización del procedimiento propuesto o de su alternativa, que dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Reconozco que el médico me ha explicado; mi afección médica y el procedimiento propuesto, incluido el tratamiento adicional si el médico encuentra algo inesperado. Entiendo los riesgos, incluidos los riesgos propios de mis enfermedades previas.

Si durante el procedimiento ocurren eventos inmediatos que pongan en peligro mi vida autorizo al equipo tratante a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los fármacos necesarios, de anestesia y de transfusiones de sangre/derivados.

Consiento que se permita acceder a la información vinculada con mi Historia Clínica para fines educativos que sean utilizados en beneficio de la comunidad médica, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan.

También autorizo al médico que realizará el procedimiento a la toma de biopsias durante el procedimiento para realizar estudios histopatológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico adecuado. Me comprometo a contactarme con el laboratorio de anatomía patológica para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante. Asimismo, me comprometo a cooperar con el cuidado de la evolución posterior al procedimiento, así como a informar en forma inmediata al médico especialista sobre cualquier cambio en la evolución normal.

Entonces, habiendo recibido toda la información inherente al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia que pude hacer preguntas y de que me fueron respondidas, doy mi consentimiento para que se me realice el mencionado procedimiento.

San Isidro, de de 20

Firma y aclaración del Médico que realizará el procedimiento :

Firma y aclaración del paciente:

(los mayores de 12 años deben firmar aquí también).

DNI del paciente:

Firma y aclaración del representante legal (*menores de edad y/o apoderados*):

DNI del firmante: