



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA

HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA

TE: (011) 4014-6900

AUTORIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN Y PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Apellido y Nombre del paciente:

HC N°:

1. Autorizo que en el Policlínico Central UOMRA, el equipo profesional del servicio que corresponda, me efectúe la siguiente operación / procedimiento:
2. Se me ha explicado completamente la naturaleza y fines de la operación/procedimiento e informe, también de los esperados beneficios y/o complicaciones por causas conocidas y desconocidas, molestias y riesgos que puedan surgir, así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto.
Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.
3. Entiendo que durante la operación/procedimiento, pueden producirse situaciones inesperadas que necesiten métodos diferentes y/o adicionales que el equipo juzgue necesario
4. Asimismo, autorizo la administración del tipo de anestesia local/regional/general, con la Técnica y anestésico que se considere necesario para la operación/procedimiento arriba mencionado y reconozco que se me explicaron los tipos y alternativas de anestesia que pueden utilizarse para la misma, y que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia.
5. Con el propósito de promover el conocimiento y la educación médica, consiento la fotografía, grabación de cintas de video o de televisión de la operación/procedimiento a realizarse, a condición de que mi identidad no sea revelada. También doy mi consentimiento a la admisión de observadores en la sala de operaciones/tratamiento
6. Cualquier órgano/tejido removido quirúrgicamente por estricta necesidad terapéutica, podrá ser retenido o eliminado por el Policlínico Central UOMRA, para fines médicos científicos o educativos, y se podrá disponer del tal tejido o parte de conformidad con la práctica acostumbrada.
7. Acepto cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada hasta recibir el alta médica definitiva.
8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos, al exponer mis antecedentes clínicos obstétricos, ni ser alérgica.
9. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridad respecto de los resultados que se esperaban de la operación/procedimiento
10. Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y que todos los espacios en blanco han sido rellenados antes de mi firma.

FIRMA: PACIENTE / TUTOR / PARIENTE.

ACLARACIÓN:

FECHA

HORA

DOCUMENTO N°

N° AFILIADO