



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA
HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA
TE: (011) 4014-6900

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DNI:
Paciente:
Estudio: Extracción de filtro vena cava
Fecha :

Por la presente autorizo al Dr.
o a sus asociados o asistentes a realizar la extracción de un filtro de vena cava
dentro del sistema vascular.

El Dr.
me ha explicado completamente la naturaleza y propósito de este
procedimiento, que consiste en sacar de mi cuerpo el filtro mediante técnicas
mínimamente invasivas. También comprendí que es necesaria la intervención
para disminuir los riesgos vasculares causados por este dispositivo.

El Dr.
me explicó las alternativas, sus ventajas y desventajas, habiendo optado por este
método.

He comprendido las complicaciones que puede causar particularmente:
hematoma en el sitio de punción y sus consecuencias, arritmias cardíacas,
hipotensión, disecciones vasculares, rotura, oclusión de vasos, accidente cerebro
vascular, muerte.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas
completa y satisfactoriamente.

Reconozco que no se han dado garantías o seguridades respecto de los
resultados que se esperan del procediendo.

Confirmando que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que todos los
espacios en blanco han sido rellenados antes de haber firmado.



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA

HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA

TE: (011) 4014-6900

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente

Firma:

Apellido:

Nombres:

Documento:

Familiar o testigo

Firma:

Apellido:

Nombres:

Documento:

Médico:

Firma:

Apellido:

Nombres:

Matricula Nacional:



POLICLÍNICO CENTRAL – OSUOMRA

HIPOLITO YRIGOYEN 3352. CABA

TE: (011) 4014-6900

CONSENTIMIENTO INFORMADO