



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381 ) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

## Documento de Información y Consentimiento

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares/terceros .....

Nombre del médico tratante.....

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán.- También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información.- (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).-

Por el presente solicito ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente:

.....  
.....  
.....

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr. .... y/u otro cirujano autorizado del Servicio de Cirugía General.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.- Los riesgos mas destacables en hernias son los siguientes: Inflamación de herida- Hematomas- Pigmentación cutánea- Cicatriz hipertrófica-Induración -Parestesias- Paresias- Edemas - Trombosis

superficial y/o profunda -TEP

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.-

Fecha:.....

Firma del paciente ..... Negativa a recibir información: Firma.....

Firma de familiares

o allegados ..... Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico: .....