



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 doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente : **DIVERTÍCULO ESOFAGICO CERVICAL (ZENKER) O TORÁCICO**

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr. :.....

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles . Los riesgos más destacados son los siguientes :

- Infección de la herida cervical o torácica
- Hemorragia o hematoma postoperatorio.
- Fístula del cierre del divertículo realizado, en general, con sutura mecánica.
- Paresia del nervio laríngeo inferior por la disección cervical, con alteraciones deglutorias y del volumen de la voz (divertículo cervical).
- Derrame y eventual empiema pleural (divertículo torácico).
- Fiebre por foco infeccioso de la lodge quirúrgica, respiratorio o urinario.
- Trombosis venosa de miembros inferiores, con posibilidad de tromboembolismo pulmonar

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado las siguientes:

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

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 los familiares

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

Firma del médico.....