



**SANATORIO MODELO S.A.**

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

# Documento de Información y Consentimiento

Consentimiento para intervenciones u otros procedimientos quirúrgicos.

Paciente:

Día..... Hora.....

1.- Yo por la presente autorizo al Dr./a ..... y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como ..... y que consiste en ..... en .....

(nombre y apellido del paciente o mi persona)

2.- La intervención enunciada en el punto 1.- me ha sido totalmente explicada por el cirujano entendiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención.

Los siguientes puntos han sido especialmente aclarados:

- a) En el lugar de la incisión siempre quedará cicatriz tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.
- b) Las complicaciones que puedan originarse por intervenciones quirúrgicas de Cirugía Plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, etc.

3.- Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar intervenciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente, por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos como estudios anatomopatológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto 3.- se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.

4.- Doy consentimiento para que la intervención sea realizada bajo la administración de anestesia y a usar la que se crea conveniente con la excepción de .....

(ninguna o alguna en particular)

5.- Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me ha sido garantizada la obtención del mismo sino sólo los mejores esfuerzos y la técnica y procedimientos adecuados, aconsejados por la ciencia médica.

6.- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a o filmado/a antes, durante y después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.

7.- Acepto cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada hasta que posea el alta médica definitiva así como mantener informado al cirujano sobre cualquier cambio de domicilio en el período mencionado.

8.- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico quirúrgicos, ni ser alérgico excepto a .....

9.- He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano nombrado a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

Firma ..... Firma.....



**SANATORIO MODELO S.A.**

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

## Documento de Información y Consentimiento

Testigo .....Paciente .....

El paciente es un menor de ..... años de edad y nosotros los firmantes somos los padres, tutor o encargado del paciente, y por la presente autorizamos a él.

Firma .....

Padre-Tutor-Encargado

Firma .....

Testigo.....