



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.....

EVENTRACIONES

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 eventraciones son los siguientes:

- Seromas (Acumulación de líquidos)
- Hematomas (Acumulación de sangre, sangrado)
- Absceso de herida
- Rechazo de malla protésica
- Fístula intestinal por malla
- Recidiva / Recurrencia
- Neuralgias
- Oclusión intestinal por adherencias

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los 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.-



SANATORIO MODELO S.A.

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

Documento de Información y Consentimiento

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: