



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 la presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, terapéutico o intervención siguiente:

Hemorroides

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 destacables son los siguientes:

Hemorragia intra ó postoperatoria. Absceso ó celulitis perineal.

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

Que como consecuencia del tipo de operación efectuada puedo quedar con estenosis anal.

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 tratamiento o intervenciones adicionales o alternativos, presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como que él sea asistido por 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 de recibir información. Firma.....

Firma de familiares o allegados.....Negativa de recibir información. Firma.....

Firma del médico.....