



**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: (tachar lo que no corresponde)

## **PAROTIDECTOMÍA SUPERFICIAL**

### **PAROTIDECTOMÍA TOTAL**

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:

- Hematoma postoperatorio
- Seroma postoperatorio
- Fístula salival
- Lesión transitoria o definitiva, parcial o total del nervio facial, responsable de la motricidad de los músculos de la cara
- Trastornos de la sensibilidad en la piel del área operada o en el lóbulo de la oreja, en general de carácter transitorio
- Secuela cicatrizal en piel del área operada (preauricular)

Posibilidad de sudoración de la piel de la cara del área operada durante las comidas (Síndrome de Frey)

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 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.



**SANATORIO MODELO S.A.**

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

## Documento de Información y Consentimiento

Fecha:.....

Firma del paciente.....Negativa de recibir información. Firma.....

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

Firma del médico.....