



**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, **terapéutico** o intervención siguiente:

## **Amputación de Miembros**

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.-

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

✓ .....

Se me ha explicado que durante la ejecución de la práctica y/o procedimiento que se me va a efectuar puedo llegar a requerir la transfusión de sangre, hemocomponentes o hemoderivados; estoy informado que las técnicas y procedimientos transfusionales se realizan bajo un estricto control del cumplimiento de los máximos requisitos internacionales de calidad y comprendo que las indicaciones de esta terapéutica derivarán directamente de mis condiciones clínicas.

Estoy informado de que las prácticas transfusionales no están completamente exentas de riesgos incluso la transmisión de los virus del Sida, las hepatitis, el HTLV y otros; que pueden existir reacciones transfusionales no hemolíticas como alergias y/o sensibilizaciones y de los riesgos significativos a los que me vería expuesto de no someterme a la o las transfusiones indicadas.-

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 de recibir información. Firma.....

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

Firma del médico.....