



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 del Familiares o Tercero:

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:

Orquidopexia

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 – fiebre - infección de herida – hematoma de herida – dehiscencia de herida – colección de sangre, orina, pus y/o líquido linfático en lecho quirúrgico que obligue a su posterior drenaje – infección urinaria - infarto de miocardio – necesidad de reintervención .-

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.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha: [Haga clic aquí y escriba la fecha]

Firma del paciente:

Negativa a recibir información: Firma:

Firma del Padre, Madre o Tutor:

Negativa a recibir información: Firma: