



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, tratamiento o intervención siguiente: **GASTROSTOMÍA Y GASTROYEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA BAJO CONTROL RADIOSCÓPICO**

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 destacados son los siguientes:

- Infección de la herida.
- Hemorragia o hematoma postoperatorio.
- Fístula gástrica o perforación colónica con peritonitis postoperatoria, de muy baja incidencia.
- Imposibilidad de ubicar la sonda adecuadamente en el yeyuno (gastroeyunostomía).
- En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado las 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.....

Firma del paciente..... Negativa a recibir información: Firma.....

Firma de los familiares

o allegados..... Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico.....