



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.

Se me ha informado acerca de las características de mi dolencia cuyo nombre es y que por las características de dicha enfermedad el tratamiento ideal en estas circunstancias es

Por la presente doy mi consentimiento para ser sometido al tratamiento previamente citado durante el período que sea necesario, y que según la evolución, respuesta y tolerancia que yo presente al mismo será seguido o modificado.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo indicado médicamente, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.- Los riesgos más destacables son los siguientes:

Reacciones alérgicas, vómitos, diarrea, caída del cabello, fiebre, disminución de los glóbulos rojos, blancos, y/o plaquetas asociado a veces a fiebre.

Las drogas oncológicas pueden causar esterilidad, lesiones en el sitio de la administración y con menor frecuencia, pueden producir daño renal, hepático, cardíaco, nervioso y pulmonar. Los daños en general son leves aunque pueden ser graves poniendo en riesgo mi vida.

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que 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 equipo 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 a la práctica o procedimiento sin que este hecho me perjudique de forma alguna.

Fecha:.....

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

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

Firma del médico.....