



**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)

## **VACIAMIENTO CERVICAL RADICAL**

## **VACIAMIENTO CERVICAL SELECTIVO**

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 cervical postoperatorio, con posible compromiso respiratorio
- Alteraciones de la motricidad y simetría del hombro, provocado por disfunción transitoria o definitiva del nervio espinal (XIº par craneal)
- Posibilidad de compromiso de otros pares craneales o estructuras nerviosas, de estar los mismos invadidos por el tumor o los ganglios involucrados (por ej. Alteraciones de la sensibilidad o motricidad de la lengua, disfonía o trastornos deglutorios, ptosis palpebral, compromiso motor o sensorial del miembro superior, etc.)
- Infección postoperatoria de la herida
- Seroma postoperatorio de la herida
- Fístula linfática o linfocelo postoperatorio (colección de linfa)
- Trombosis postoperatoria de la vena yugular interna
- Pérdida parcial o total de colgajos cutáneos, con secuela cicatrizal en piel del cuello

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.



**SANATORIO MODELO S.A.**

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

## Documento de Información y Consentimiento

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.....