



**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.....

## PUNCIÓN PLEURAL

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: punción pleural.

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 beneficios de esta práctica son los siguientes: permite hacer el diagnóstico por las características visuales (hemorrágica o transparente) y por el análisis físico-químico y bacteriológico.

En ocasiones se usa como terapéutica para evacuar el líquido pericárdico cuando este comprime al corazón.

Los riesgos más destacables son los siguientes: puede existir riesgo asociado por punción de un órgano cercano (pulmón o nervios intercostales) o que la aguja se introduzca en el pulmón y produzca neumotorax (aire en el espacio pulmonar). La mayor parte de estas complicaciones es menor y se resuelve en forma total. En casos excepcionales se pueden producir complicaciones graves como un neumotorax a presión (hipertensivo) que se trata con un drenaje a permanencia.

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.....  
Aclaración.....

Firma de familiares  
o allegados..... Negativa a recibir información: Firma.....  
Aclaración.....

Firma del médico .....