

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares/terceros.....

Nombre del médico tratante.....

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

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:

MICROCIRUGÍA DE LARINGE

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.....

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

- Disfonía temporaria o permanente
- Lesiones bucales y dientes. Pérdida de algún diente sobre todo si hay antecedentes previos de alguno flojo o arreglado o en regular estado, en la zona donde necesariamente debe apoyar el instrumental de cirugía o del anestesista (laringoscopia).
- Hematomas en el velo del paladar
- Disnea, tos, neumopatía
- Lesiones cervicales
- Paresia lingual
- Odinofagia (dolor de garganta al tragar)

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:.....

Firma del paciente.....

Firma de familiares.....

Firma del médico: