

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:

#### **AMIGDALECTOMÍA y/o ADENOIDECTOMÍA**

La práctica ha sido prescripta 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:

- Hemorragia - Dolor
- Tos - Síndrome Febril
- Insuficiencia respiratoria nasal
- Dolor de oídos (Otalgia)
- Dolor de garganta (Odinofagia)
- Dolor de estómago (Epigastralgia)
- Vómito negro (Hematemesis) - Deposición negra (Melena)
- Infecciones post-operatorias

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.....

Negativa a recibir información:

Firma.....

Firma de familiares  
o allegados.....

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico: .....