

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:

SEPTUMPLASTIA - TURBINOPLASTIA

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 las alternativas disponibles.- Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Perforación Septal (tabique nasal).
- Hemorragia
- Obstrucción nasal
- Infecciones
- No se me garantiza un resultado funcional en relación a mi dificultad respiratoria o ventilatoria nasal, es decir que pueda ventilar mejor por las fosas nasales, o que no vuelva a desviarse el tabique nasal, debido a que la curvatura y/o desviación del cartílago del tabique, tiene memoria y puede volver a curvarse..

En concreto respecto de la(s) dolencia(s) y riesgos específicos se 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 de la institución 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: