

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares/terceros.....

Nombre del médico tratante.....

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO para menores para cirugía por radiofrecuencia**

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre la afección de mi hijo/a y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se le 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 que mi hijo/a sea sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente:

**AMIGDALECTOMÍA y/o ADENOIDECTOMÍA por radiofrecuencia**

La práctica ha sido prescripta o será realizada por el Dr./Dra. .....

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
- Cambios en la voz

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.

El método por radiofrecuencia es una técnica quirúrgica para adenoides y amígdalas electiva. El costo del descartable debe ser asumido por parte de la familia del paciente ya que no está dentro de la cobertura del PMO de las obras sociales.

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 de familiares .....

Firma del médico: .....