

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares/terceros.....

Nombre del médico tratante.....

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO para menores

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 desechar 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:

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES

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

Hematoma palpebral (párpados).

Enfisema (colección de aire) subcutáneo peri-orbitario.

Pérdida de líquido céfalo-raquídeo.

Alteraciones oculares (paresia o parálisis de músculos oculares, lagrimeo, ceguera parcial o total o transitoria). Pérdida de olfato, hematoma sub-dural (debajo de la duramadre), neumatocele (aire debajo de la duramadre), hemorragias intra y post-operatoria.

Infección nasal o de los senos paranasales.

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..... Negativa a recibir información: Firma.....

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

Firma del médico: