

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(si fuera preciso extenderse en algún apartado hacerlo en hoja aparte anexándola a esta)

Fecha: ____ / ____ / ____

El/La Dr./Dra.: _____ Coleg. N°.: _____

Especialista en: _____

informa al paciente Sr./Sra.: _____

con DNI: _____

o a su representante o tutor Sr./Sra.: _____

con DNI: _____

sobre los procedimientos médicos o médico-quirúrgicos según su criterio más indicados a causa de:
_____ (diagnóstico que motiva la actuación)

con el fin de intentar el/la: _____ (finalidad de la intervención: diagnóstico, curación, paliación)

mediante la práctica de: _____ (intervención/es propuestas)

El/La doctor/a le detalla al paciente, representante o tutor que existen los/las :

1º RIESGOS

a) GENERALES

Como en todo procedimiento médico-quirúrgico, existen riesgos. Los anestésicos (anestesia general, regional o por infiltración local con o sin sedación), las complicaciones postoperatorias locales (dehiscencia de heridas, hemorragias, hematomas, cicatrización anómala), y las infecciones de diferente grado.

Aunque sean muy raras, también se informa de la posibilidad de embolias o algias más o menos duraderas.

b) PARTICULARES O ESPECÍFICOS DE LA ACTUACIÓN PROPUESTA:

c) PERSONALIZADOS

Además de los anteriores, las circunstancias personales (enfermedades, hábitos adquiridos o tratamientos previos del/de la Sr./Sra. que constan en la Historia Clínica) pueden aumentar la incidencia de aparición de los riesgos indicados, así como:

Su historia clínica y el resultado de las pruebas preoperatorias que se le han efectuado no desaconsejan practicar la técnica diagnóstica y/o terapéutica propuesta, puesto que no aparecen, en principio, riesgos superiores al beneficio buscado, ni que contraindiquen formalmente la cirugía.

2° CONSECUENCIAS SECUNDARIAS POSIBLES:

3° ALTERNATIVAS A LA ACTUACIÓN Y RESULTADOS PREVISIBLES:

4° REQUISITOS Y COLABORACIONES NECESARIAS:

- Compañía de adulto responsable (cirugía ambulatoria)
- Precauciones previas:
- Preparación que se le indica y riesgos:
- La actuación se realizará en principio bajo anestesia: _____ (de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo)
- Podría ser además necesario/a: _____

(ingreso en la Clínica tras la intervención, ingreso en área de cuidados intensivos, transfusión, grabación de imágenes con fines exclusivamente científicos reservados, etc.)

(en el caso de previsión de transfusión se deberá realizar información y autorización específica en el formato oficial normalizado)

Puesto que la información me ha sido dada de manera comprensible, he podido formular preguntas y me han sido aclaradas las dudas presentadas al leer o escuchar la información específica, así como el porqué de la elección de dicho procedimiento médico-quirúrgico,

SÍ AUTORIZO – NO AUTORIZO

(tachar lo que no proceda)

al Dr./Dra.: _____

y su equipo a practicar la actuación prevista para la fecha: ____ / ____ / ____

en régimen: ☐ ambulatorio ☐ con ingreso

Excluyo de la autorización:

Sé que la firma y el otorgamiento de este consentimiento informado no supone ningún tipo de renuncia a posibles reinformaciones ante situaciones o complicaciones que precisen otras actuaciones para su solución, ni tampoco a reclamaciones futuras, de orden médico o legal. Sé también que me puedo desdecir total o parcialmente de la firma de este consentimiento en cualquier momento previo a la intervención.

IDENTIFICACIONES

Médico que informa: _____

(Nombre legible y firma)

Médico Anestesiólogo: _____

(Imprescindible en cirugía mayor ambulatoria)

Paciente, Tutor o Representante legal: _____

(Nombre legible y firma)