



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE Y APELLIDO.....

DNI.....

Dejo constancia de que he sido informado de manera clara, precisa y pormenorizada de mi **ESTADO DE SALUD** actual consistente en:.....

Asimismo, y a raíz de presentar **DIAGNÓSTICO** de:.....

se me ha propuesto realizar como **TRATAMIENTO**: ....., cuyo **OBJETIVO** perseguido es:.....

En esa misma línea se me informó que según los conocimientos científicos actuales los **BENEFICIOS** que se pueden esperar de dicho tratamiento son:.....

Especificamente se me ha informado que conforme la experiencia médica y conocimientos científicos actuales dicho procedimiento tiene como posibles los siguientes **RIESGOS, MOLESTIAS y EFECTOS ADVERSOS** previsibles:.....

Más allá del procedimiento propuesto, se me ha explicado que existen **TÉCNICAS ALTERNATIVAS** como:.....

que conllevan los siguientes beneficios, riesgos y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto:.....

### LA CONSECUENCIA PREVISIBLE DE LA NO REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES:

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:** En consecuencia luego de haber sido informado de todo lo expuesto con anterioridad, habiendo leído este documento en su totalidad, habiendo tenido el tiempo necesario para hacer las preguntas que consideré necesarias y habiendo obtenido las respuestas correspondientes, declaro mi voluntad y consentimiento para ser intervenido quirúrgicamente **AUTORIZANDO** al

Dr.....

y/o a los médicos que éste o la institución designen a efectuar la/s siguiente/s **OPERACIONES** y/o

**PROCEDIMIENTOS**:.....

Asimismo autorizo a los mencionados profesionales a efectuar cualquier otro procedimiento que estimen conveniente o prudente para tratar la patología que motiva la intervención u otra no detectada previamente.

Comprendo que la administración de anestesia también presenta riesgos de complicaciones eventuales graves, este hecho es infrecuente e improbable pero posible. Autorizo al anestesiólogo interviniente a la administración de los anestésicos y otros medicamentos siguiendo los criterios que considere más convenientes. Consiento la transfusión de componentes sanguíneos si estos son necesarios. Se me ha explicado que este tipo de tratamiento puede asociarse a complicaciones inmunológicas o a la transmisión de enfermedades infecciosas como Hepatitis B/C ó HIV entre otras, a pesar de los estudios efectuados al donante y a la sangre.

Por la presente autorizo a los referidos profesionales y a la institución a examinar todo órgano, tejido, miembro, secreción o líquido extraídos durante la intervención y a disponer de los mismos con fines diagnósticos, científicos o de docencia dentro de los límites de la profesión.

Entiendo que no es posible garantizar o asegurar el resultado final o la curación de la enfermedad con la intervención a la que seré sometido y asumo sin objeciones que pueden producirse las consecuencias de las eventualidades previamente mencionadas como riesgos, molestias y/o efectos adversos.