

comprendido en su totalidad. Confirmando que he leído detenidamente este consentimiento y que lo he comprendido totalmente sin objeciones, por lo cual autorizo al Dr. .... a llevar a cabo el procedimiento descrito más arriba. Se me ha informado y he comprendido sin reparos ni objeciones que en la internación en una entidad asistencial conlleva la posibilidad de infección por coronavirus y dentro de ello el riesgo de morbilidad consecuente, particularmente todo lo concerniente a la problemática COVID-19, según mi estado de salud y antecedentes

No obstante ello y dadas las características de mi patología, que podría agravarse de no realizar el tratamiento mencionado precedentemente, autorizo mi internación para llevar a cabo el procedimiento arriba mencionado, conociendo y asumiendo los riesgos propios de la misma.

NOTA: SI UD. TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE LA INDICACION DE LAS EVENTUALES CONSECUENCIAS DE LA OPERACION, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PREGUNTE AL MEDICO AHORA ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO. SI QUIERE MANIFESTAR ALGUNA OBJECION, EXCEPCION O CORRECCION A ESTE DOCUMENTO HÁGALO POR ESCRITO ANTES DE FIRMARLO. USTED PUEDE REVOCAR EN CUALQUIER MOMENTO ESTE DOCUMENTO SOLICITANDOLO AL PERSONAL DE SALUD QUE LO ASISTE.

Fecha, hora y lugar.

Firma del paciente

Apellido y Nombre:

CI / DNI / LE / LC: .....

**DECLARACION DEL MEDICO:** Habiendo explicado al paciente o a quien presta consentimiento en su lugar el contenido de este documento y habiendo contestado todas sus preguntas considero que quien consintió la intervención posee un conocimiento cabal de todas las circunstancias inherentes a la misma y por lo tanto la consiente y AUTORIZA.

Firma y aclaración del médico

Matrícula: .....