

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE Y APELLIDO.....

DNI.....

En mi carácter de **PADRE/MADRE/TUTOR** del paciente,
circunstancia que acredito con, de constancia de que he sido informado de
manera clara, precisa y pormenorizada del estado de salud del nombrado paciente
consistente en:.....

Asimismo, y a raíz de presentar **DIAGNÓSTICO** de:....., se ha propuesto realizar
como **TRATAMIENTO:**

....., cuyo **OBJETIVO** perseguido es:.....

En esa misma línea, en el carácter invocado y justificado ante el médico tratante, se me informó que según
los conocimientos científicos actuales los **BENEFICIOS** que se pueden esperar de dicho tratamiento
son:.....

Específicamente se me ha informado que conforme la experiencia 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 REPRESENTANTE LEGAL 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 que el paciente..... sea
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 será sometido el paciente y asumo sin objeciones que pueden producirse las