

consecuencias de las eventualidades previamente mencionadas como riesgos, molestias y/o efectos adversos.

Asimismo me comprometo a que el paciente cumplirá con todas las **recomendaciones, indicaciones y pautas de alarma** que se me explicaron y las que se me expliquen, habiendo comprendido que de ello también depende el resultado de esta intervención y/o tratamiento, así como la mejoría del padecimiento del paciente. Reitero que he leído este documento en su totalidad y su contenido me fue explicado en lenguaje claro y comprensible. El Dr. me ha explicado con la antelación suficiente y necesaria la práctica antes descripta así como todo lo expuesto en el presente, brindándome la oportunidad de hacer preguntas y siendo que todas las dudas planteadas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente, y las he comprendido en su totalidad. Confirmo que he leído detenidamente este consentimiento y que lo he comprendido totalmente sin objeciones, por lo autorizo al Dr. a llevar a cabo el procedimiento descripto más arriba.

Se me ha informado y he comprendido sin reparos ni objeciones que 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 el estado de salud y antecedentes del paciente

No obstante ello y dadas las características de la patología del paciente....., que podría agravarse de no realizar el tratamiento mencionado precedentemente, autorizo su 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/tutor:

Apellido y Nombre:

CI / DNI / LE / LC:

DECLARACION DEL MEDICO: Habiéndole explicado a quien presta consentimiento en lugar del paciente, en su carácter acreditado de..... 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: