



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
Internación clínica/ quirúrgica / obstétrica

PILAR(B).....de.....de.....

Yo,....., he sido informado/a de la necesidad de ser sometido a .....por presentar .....

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, consistentes en:.....

.....  
así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándose dudas al respecto.

En base a lo manifestado autorizo al Dr. ....y equipo a:

- 1) Efectuar los procedimientos terapéuticos que mi estado requiera y que estime adecuado al mismo, pudiendo modificar lo planeado en caso de ser aconsejable en base a su opinión
- 2) Enviar para su análisis el material biológico, en caso que fuera necesario extraer alguno, como también sacar radiografías y/o fotografías.
- 3) Utilizar en caso de necesidad el tipo de anestesia que considere adecuada, sobre cuyas características y riesgos he sido informado, no teniendo nada que objetar a ello.
- 4) Consiento además realizar transfusiones de sangre si a juicio del médico es necesario, como asimismo se me efectúen las pruebas necesarias para detectar si mi sangre es portadora de enfermedades infectocontagiosas.



5) He sido informado también sobre los riesgos de realizar procedimientos en el contexto de la pandemia, ya que significa no cumplir con el aislamiento y aumentar la posibilidad de contagio de coronavirus, pero también sobre los riesgos de diferir el procedimiento.

Evaluados ambos, junto a mi médico, decido la realización del mismo, entendiendo que se cumplirán con todas las medidas de prevención sugeridas por la autoridad competente.

Firma del paciente: ..... Aclaración: .....

Tipo y Nº de documento: .....

Completar si la autorización es dada por un familiar por no estar el paciente en condiciones de autorizar.

Firma del familiar: ..... Vínculo: .....

Tipo y Nº de documento: .....

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Firma y sello del médico: .....