

Yo, Don / Doña : CARMEN ROSA ALARCON NUÑEZ de 50 de edad, de sexo Femenino, identificado con 29694317 en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la Ley No 26842 - Ley General de Salud declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad por el/la Médico tratante, null, sobre mi estado de salud, los riesgos reales y potenciales que se puedan presentar como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco, de los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnostico definitivo y el tratamiento que requiero.

He comprendido que las molestias por las molestias por las que he consultado están provocadas por la enfermedad que padezco, cuyo diagnostico es null, para lo cual requiero de un tratamiento quirúrgico denominado null, según el informe proporcionado por el médico tratante.

Asimismo me ha informado las molestias o consecuencias previsibles de dicho procedimiento quirúrgico, que son:

y de los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico en mención que son:

Asi como, de sus ventajas y beneficios que son:

Soy conciente de los riegos personalizados, que son:

Soy conciente de los riegos personalizados, que son:

Los cuales pueden aumentar la probabilidad de las complicaciones

Por ello manifiesto mi consentimiento en forma libre y voluntaria, sobre la intervención quirúrgica que va a realizar el Dr. null, Medico especialista en null, quien mostrando respeto y paciencia y dedicacion para mi caso y mi persona me ha informado ampliamente acerca de mi enfermedad.

Asimismo, declaro haber recibido la visita del medico Dr. null, Anestesiólogo que me ha explicado los beneficios y riesgos del tipo de anestesia a utilizar.

Los facultativos me han asegurado que se tomarán todas las medidas y precauciones para reducir al máximo el riesgo y las posibles complicaciones de la enfermedad, de la intervención quirúrgica y de la anestesia.

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime de responsabilidad a mi(s) medico(s) y que en cualquier momento antes de la operación y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo comunicar mi deseo de revocar el consentimiento que ahora puedo presentar.

Tambien, de ser el caso se me ha informado sobre la posibilidad de tramientos alternativos:

y no han dejado de referirse e informarme acerca de las consecuencias o riesgos de no aceptar el tratamiento,

Asimismo, doy fe de la disposición que han mostrado el/los medico(s) para responder a todas mis preguntas de manera clara y precisa, intentando absolver al integro todas las dudas que he planteado.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones de mí(s) medico(s) tratante(s), sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él o ellos, ni por ningún otro personal de salud, y luego de haber leído detenidamente la información escrita que se me ha

Manifiesto lo siguiente: Deberá ser llenado por el/la paciente.

Que me considero: SATISFECHO _____ INSATISFECHO _____ con la informacion recibida y que COMPRENDO _____ NO COMPRENDO _____ la indicacion, los beneficios, ademas de los riesgos y posibles complicaciones que posibles complicaciones que podrian desprenderse de dicho acto medico; y en tales condiciones SI _____ NO _____ OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se me realice la Corugia propuesta, consiste en: _____.

Al otorgar mi consentimiento, declaro además estar de acuerdo en recibir la anestesia y el tratamiento medico que deriva de la intervención quirúrgica (antibióticos, analgésicos, etc.) y que se efectúen los estudios necesarios para lograr el diagnostico definitivo de la enfermedad que actualmente presento. (Biopsias). A su vez, admito los cambios del procedimiento quirúrgico y anestésico (anestesia local / peridural raquideal / general) que los médicos consideren indispensables en mi beneficio, los cuales también me han sido explicados. Y por ende, acepto el riesgo de vida propio del acto quirúrgico y la anestesia, así como las alteraciones previsibles de mí integridad física provocadas por las acciones efectuadas para tratar mi enfermedad

De otro lado, SI _____ NO _____ autorizo que se fotografíe o filmen la intervención quirúrgica que efectuaran, para utilizarla con fines médicos de docencia e investigación, siempre que mi identidad no sea revelada.

Firma del paciente o responsable	<div></div>
Nombre: _____	
DNI: _____	
Fecha: _____	

Firma y sello del profesional	<div></div>
DNI: _____	
Fecha: _____	

Firma del familiar o acompañante	<div></div>
Nombre: _____	
DNI: _____	
Fecha: _____	

Firma del familiar o acompañante	<div></div>
Nombre: _____	
DNI: _____	
Fecha: _____	

REVOCATORIA / DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Fecha:.....de..... del 201....

Firma o huella digital del paciente o representante legal.	<div></div>
DNI:.....	

Firma y sello del profesional de salud que recibe la revocatoria.	<div></div>
DNI:.....	