logoEmpresa

nomEmpresa

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, **nombrePaciente** identificado con el DNI: **numDni** nacido en la fecha feNaci teniendo edadPaciente años, con domicilio en nomDirec (nomDe – nomPro – nomDis).

REQUIERO y AUTORIZO abrMed nomMedico, para que, ayudado por los médicos y personal de sanitario que el precise, realice en mi persona, la operación quirúrgica conocida como: **nombreOperacion**.

CONFIRMO que abrMed **nomMedico** me ha explicado detalladamente, en palabras comprensibles para mí, el efecto y la naturaleza de la(s) operación(es) a efectuar, incluyendo los posibles riesgos, otras soluciones alternativas de tratamiento (cuando existan), así como las molestias que se pueden sentir, aun teniendo un postoperatorio normal. Han sido contestadas a mi satisfacción todas las preguntas que, libremente, he formulado acerca de todo el procedimiento.

Los RIESGOS de posibles complicaciones – similares a las cualquier procedimiento o cirugía – entre otros:

* Estado temporales de inflamación y cambio de color natural de la pie.
* Posibilidad de sangrado postoperatorio, seroma, infección.
* Reacción alérgica a alguno de los medicamentos utilizados.
* Intolerancia a los materiales de sutura, implantes, o apósitos utilizados.

CONSIENTO en la utilización de anestésicos administrados por o bajo la dirección del cirujano o de anestesistas por el seleccionados.

RECONOZCO que en el curo de la operación pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y DOY AQUÍ MI EXPRESA AUTORIZACION para el tratamiento de la mismas, incluyendo procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. En casi de complicaciones durante la operación AUTORIZO abrMed nomMedico a solicita la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| **nombrePaciente2** | **nomMedico** |

ACEPTO que el médico o cirujano retrase o suspenda la operación si lo cree preciso.

semNom, diaMes de nomMes del anoFe