

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A los _____ del mes de _____ del año _____, yo _____ mayor de edad, identificado con DNI. N° _____ y como paciente, o como responsable ____ del paciente _____ identificado con DNI N° _____ doy mi consentimiento para la realización del tratamiento con _____, de acuerdo con el diagnóstico _____ teniendo en cuenta que he sido informado y se me ha explicado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del tratamiento original o la realización de otro tratamiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del tratamiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DNI: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

DNI: _____

MATRICULA: _____