

Consentimiento General para Intervenciones Quirúrgicas

Yo.....D.N.I.....presto mi consentimiento para que en mi se practique: (nombre del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico invasivo)

También he comprendido que este procedimiento esta asociado con algunos riesgos y que pueden existir complicaciones postoperatorio.

He comprendido completamente que durante mi preparación para el acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico durante el transcurso de estos, alguna condición distinta en mi organismo puede ser descubierta o revelada y que entonces a juicio del Dr.....podrá ser necesario o aconsejable un acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diferente al explicado, de manera inmediata o no. En tal caso también lo autorizo por haber comprendido que dicho acto adicional o diferente debe ser realizado.

Las alternativas razonables de este procedimiento también me han sido explicadas, las he comprendido y me han sido contestadas todas las preguntas que realicé a mi entera satisfacción.

En consecuencia, autorizo a mi médico tratante Dr.....para que realice estos procedimientos y he comprendido que para ello además podrá ser asistido por otros profesionales de la salud e incluso a realizar interconsultas con algunos otros que él considere necesario.

Autorizo al anestesiólogo actualmente la administración de anestésicos que determine, siguiendo los criterios que considere más convenientes.

Autorizo y consiento también a la realización de transfusiones de sangre o la utilización de productos derivados durante el acto quirúrgico, si es que los profesionales médicos intervinientes lo juzgan necesario.

En prueba de mi conformidad a lo expresado y de mi consentimiento a algunos de estos procedimientos, firmo la presente autorización para ello.

Fecha y hora.....

.....
Firma del Médico

.....
Firma del Paciente

.....
Firma del Testigo