

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO BAJO ANESTESIA LOCAL, RAQUIDEA O GENERAL.

Habiéndome explicado plenamente con términos claros para mi concreto entender y en forma pormenorizada la naturaleza medios a emplear, profesionales intervinientes, lugar físico y objetivos de la intervención y/o procedimientos que se llevarán a cabo en mi persona, los posibles métodos y opciones alternativas de tratamiento, los beneficios, los eventuales riesgos y la posibilidad de

complicaciones, con el diagnóstico de

autorizo la ejecución en: la cirugía:

a realizarse por el Dr./a...../ su equipo profesional.

Autorizo la práctica de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferentes de ellos, tanto si se deban a acciones desconocidas actualmente o no, que el doctor mencionado anteriormente y/o sus asociados y/o ayudantes puedan considerar necesarios o convenientes en el curso de la operación con o sin intervención de otros médicos y/o asistentes y/o instrumentadoras y/o personal de enfermería y/o radiología, etc. Todos ellos convocados y/o designados y/o autorizados en su quehacer, incluyendo los estudios y prácticas anatómicas, radiográficas, transfusiones, etc. que sean necesarias.

Autorizo la administración de drogas anestésicas que puedan ser consideradas convenientes o necesarias por el médico responsable de este servicio reconociendo que la utilización de las mismas no está exenta de presentar ciertos riesgos.

Autorizo asimismo que se me sean practicadas las curaciones post-operatorias cuando así correspondiese. Además me comprometo a cooperar en todo con la administración de los cuidados necesarios y seguir las indicaciones médicas hasta lograr el alta médica definitiva e informar al médico tratante sobre cualquier cambio de domicilio en el período mencionado y hasta un término posterior al alta definitiva. Asumiré las consecuencias del abandono anticipado -por mi parte- del tratamiento y/o indicaciones médicas recibidas constituyéndose en único responsable de las secuelas que produzcan mis propias inobservancias.

Comprendo y acepto que no se me pueden dar garantías o seguridades absolutas sobre los resultados que pudieran obtenerse con motivo de la intervención y/o procedimiento al que me someto teniendo pleno conocimiento de la posibilidad de resultados no acordes con mis expectativas.

Con reserva de identidad autorizo la obtención de fotografías, videos y/o cualquier otro tipo de registro gráfico, tanto en el pre, intra o post operatorio y la difusión de dicha iconografía en revistas médicas y en ámbitos científicos.

Dejo expresa constancia de mi entera satisfacción por el nivel y la claridad de la explicación recibida y por la total aclaración de mis dudas.

Declaro bajo juramento que no he omitido ni alterado los datos brindados al profesional al detallar mis antecedentes clínicos-quirúrgicos, como también todos mis datos y referencias personales.

Manifiesto ser alérgico a:.....

A. Paciente o responsable solidario

Apellido y Nombre:.....

Tipo y N° de documento.....

Obra Social.....

Fecha de nacimiento.....

FIRMA

Relación del responsable solidario:

FECHA

FIRMA DEL MEDICO