

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACION CLINICO-QUIRURGICA ADULTOS

Ciudad:

,..... /...../20.....

Yo,, he sido informado de la necesidad de ser sometido a..... por padecer.....

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto, las que han sido contestadas en forma satisfactoria.

En base a lo manifestado autorizo al Dr..... y equipo a:

- 1) efectuar los procedimientos terapéuticos que mi estado requiera y que estime adecuado al mismo, pudiendo modificar lo planeado en caso de ser aconsejable en base a su opinión.
- 2) enviar para su análisis el material biológico, en caso que fuera necesario extraer alguno, como también sacar Rx o fotografías.
- 3) utilizar en caso de necesidad el tipo de anestesia que considere adecuada, sobre cuyas características y riesgos he sido informado, no teniendo nada que objetar a ello.

Consiento además la realización de transfusiones de sangre, si a juicio del médico es necesario, como asimismo se me efectúen las pruebas necesarias para detectar si mi sangre es portadora de enfermedades infectocontagiosas.

Asimismo, consiento también, en caso de ser necesario, la realización de estudios por imágenes con administración de medios de contraste por vía endovascular, habiéndome explicado los riesgos y beneficios de tales prácticas.

Finalmente, a fin de contribuir al progreso de la educación médica, presto mi consentimiento para la utilización por parte de los profesionales médicos y/o el sanatorio de toda la información médica surgida, con fines científicos o docentes, siempre que se haga absoluta reserva de mí identidad.

Este consentimiento, es la expresión escrita de toda la información que usted ha recibido previo a tomar la decisión de internarse y/o realizarse el procedimiento propuesto.

Si usted quiere manifestar alguna objeción, excepción o corrección a este documento, hágalo por escrito en este espacio

.....

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello:

SI EL PACIENTE INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente consentimiento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: