

Consentimiento informado para la realización de _____

Buenos Aires _____ de _____ de 20 _____

1. Yo _____, por la presente declaro que se me ha explicado que presento diagnóstico presuntivo de _____. Por este motivo se me ha propuesto efectuar el procedimiento denominado _____.
2. La intervención enunciada en el punto precedente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de esta, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización.
3. Se me ha explicado que:
 - A. El objetivo de la intervención consiste en _____

 - B. BENEFICIOS tras la intervención, procedimiento o tratamiento _____

 - C. RIESGOS tras la intervención, procedimiento o tratamiento _____

 - D. CONDICIÓN DE RIESGO PARTICULAR por antecedente o condición del paciente: _____

4. Se me ha informado que existen tratamientos alternativos al propuesto, como ser: _____

5. Se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas que consideré pertinentes, y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.
6. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.
7. Estoy en conocimiento de que en la cirugía se requerirá de anestesia por lo cual intervendrá un médico anestesiólogo, y que en mi caso se utilizará anestesia _____ autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
8. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de estos.
9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados postoperatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica definitiva; informando de manera

Consentimiento informado para la realización de _____

inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del postoperatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

10. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

11. **Manifiesto ser alérgico a:** _____.

12. Autorizo a ser fotografiado y/o filmado durante el procedimiento quirúrgico, siendo este material propiedad del profesional, quien podrá publicarlo en revistas científicas y/o ser expuesto con fines médicos y/o educacionales, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ doy mi consentimiento para que me realicen una _____.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo dispone la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de Información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires _____ de _____ de 20____ Hora ____:____

TESTIGO

PACIENTE

MÉDICO

DNI:

DNI:

Dr.

N° Matrícula:

Firma:

Firma:

Firma:

REPRESENTANTE LEGAL

DNI:

Firma:

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, y en contra de la opinión médica del profesional tratante, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/ revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Buenos Aires _____ de _____ de 20____ Hora ____:____

TESTIGO

PACIENTE

MÉDICO

DNI:

DNI:

Dr.

N° Matrícula:

Firma:

Firma:

Firma:

REPRESENTANTE LEGAL

DNI:

Firma: