

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO

FECHA Y HORA DE ENTREGA DEL FORMULARIO: / / _____ HS.

Yo _____ DNI: _____

Representado en este acto por: _____ DNI: _____

1) Autorizo a: Dr./Dra. _____

y/o a los médicos que designe la Institución a efectuar los siguientes procedimientos diagnósticos / terapéuticos en mi persona _____

Diagnóstico Presuntivo: _____

Procedimiento a realizar: _____

Complicaciones más frecuentes del procedimiento a realizar: _____

- 2) Se me ha informado en forma clara sobre los riesgos inherentes al procedimiento diagnóstico / terapéutico y acerca de las probabilidades de éxito. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas fueron contestadas en forma completa y satisfactoria.
- 3) También se me ha señalado que con cualquier procedimiento existe la posibilidad de una condición inesperada, y que no se pueden dar garantías en lo que concierne a los resultados de cualquier procedimiento o tratamiento.
- 4) Entiendo que en el curso de todo procedimiento diagnóstico / terapéutico pueden presentarse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los previstos. Consiento por lo tanto la realización de procedimientos adicionales justificados.
Al mismo tiempo, consiento la administración de anestésicos o medicamentos que fueran necesarios.
- 5) Con el propósito de promover el conocimiento y educación médica, consiento la fotografía, grabación en cinta de video o televisión del procedimiento a condición de que mi identidad no sea revelada. También doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de procedimientos diagnósticos / terapéuticos.
- 6) Cualquier órgano o tejido removido podrá ser examinado y retenido por el Hospital para fines médicos, científicos o educativos.

7) Comentarios adicionales: _____

8) Confirmo que he leído y comprendido perfectamente los puntos anteriores, y que todos los espacios en blanco han sido rellenados antes de mi firma.

Se confecciona el presente Consentimiento Médico en doble ejemplar, que el paciente o su representante firma en conformidad, quedando una copia en su poder.

_____ de _____ 20__

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

DOMICILIO

GRADO DE PARENTESCO

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

****Nota: En casos de menores de 21 años, siempre debe ser representado por sus padres o tutor – la aclaración de firma, DNI, grado de parentesco y domicilio debe ser completado de puño y letra por quien firma-.***