

Lugar y Fecha: _____

1. El/ la que suscribe: _____ con documento de identidad N° _____

Por la presente autorizo al Dr. _____ y al equipo médico que él o la institución designe a realizar una intervención quirúrgica conocida como _____ que se realizará el día / /

De 201 — Como tratamiento de la patología que presento que según se me ha explicado es _____

2. La intervención enunciada en el punto primero me ha sido totalmente explicada por el cirujano porque entiendo la naturaleza de y consecuencia de dicha intervención y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivos del tratamiento y/o intervención mencionada. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados.

a. En el lugar de la incisión siempre quedara una cicatriz de características variables según circunstancias e idiosincrasia del paciente.

b. Las complicaciones que pueden originarse en esta intervención quirúrgica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como inflamación, decoloración en la piel, hematomas, seromas, trastornos de conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fistulas, eventraciones, rechazo del organismo a elementos protésicos, así mismo las complicaciones propias de la anestesia.

3. Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras, diferentes de las acordadas anteriormente por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado o quien el designe realice las intervenciones necesarias a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como: estudios anamopatológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto tercero se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano, en el momento de comenzar los controles necesarios en el periodo post-operatorio. Dejo constancia que presto conformidad para el supuesto de que sea así mi asistencia o realización de estudios complementarios que a criterio del profesional interviniente se efectúe mi traslado o derivación a otro centro asistencial.

4. A. Doy consentimiento a la administración de anestésicos por parte de profesionales especializados en dicha disciplina atento a la necesidad de la misma para efectuar en el acto quirúrgico asumiendo plenamente el conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento explicado.

B. En caso de prácticas efectuadas con anestesia local tomo conocimiento y acepto que la misma puede ser administrada por el cirujano actuante valiendo las mismas consideraciones del punto 4.a.

5. Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me pueden dar garantías, seguridades ni promesas en relación a los resultados de los tratamientos.

6. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano, sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

7. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico/quirúrgicos, referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamiento y operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a _____

8. he leído debidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

9. Se deja constancia que se me ha explicado que el presente consentimiento puede ser revocado por el/la suscripto/a en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

ACLARACION: _____

DNI: _____

DATOS DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Para padre, madre, tutor, curador, familiar, y/o representante: declaro están en ejercicio de la patria potestad y/o ejercer la representación legal del paciente.

FIRMA: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____

ACLARACION: _____

Nº DE MATRICULA: _____