

Consentimiento informado

Autorización para la intervención quirúrgica

En _____ a los _____ del mes de _____ del año 20 _____,

Yo, _____ DNI _____

domiciliado en _____ de la ciudad de _____ en mi

carácter de paciente, autorizo al profesional _____

_____ M.P. a realizarme _____

_____ que _____

_____ me ha informado en forma explícita sobre los riesgos inherentes al tratamiento y acerca de las mayores y/o menores probabilidades de éxito. Que _____ me ha informado adecuadamente de cuál es el resultado deseado con el tratamiento, con la obligación de actuar con diligencia e idoneidad, planeando la buena ejecución técnica del tratamiento a efectuar, según los métodos científicos de diagnóstico y a mi alcance y de acuerdo con las reglas de la ciencia y del arte de curar. Que eximo de responsabilidad civil a _____, a la Institución o responsable del lugar en el cual se desarrolla la práctica, en el caso de no obtenerse con el tratamiento el resultado deseado, por la concurrencia de caso fortuito, hecho propio mío, o riesgos propios del tratamiento. Se entenderá que no se ha logrado el resultado, si como consecuencia del tratamiento realizado se produjera un perjuicio funcional o estético mayor al que se pretendió corregir, por alteraciones visibles de la región intervenida. Que asimismo, eximo de responsabilidad a _____, a la Institución o responsable del lugar en el cual se desarrolla la práctica, si por la concurrencia de un caso fortuito, hecho propio mío o riesgos propios del tratamiento surgiere daño en mi cuerpo o en mi salud, con posterioridad a su ejecución. Entiendo que en el curso de la operación o procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas o complicaciones que necesiten procedimientos diferentes o adicionales a los previstos. Consiento por lo tanto la realización de procedimientos adicionales que se juzguen necesarios. Asimismo, consiento la administración de anestésicos que se consideren necesarios. Reconozco que siempre hay riesgos para la salud asociados con la anestesia y dichos riesgos me han sido completamente explicados. Con el propósito de evaluar la evolución, consiento la fotografía y/o filmación de la operación o procedimiento a realizarse a condición de que mi identidad no sea revelada. Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento he respondido con la verdad y ha quedado asentado en el cuestionario de salud. Entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento y autorización que ahora presto. Confirmando que he leído y comprendo todos los términos que anteceden.

Nombre y Apellido del paciente (letra de imprenta): _____

DNI: _____

Nombre y Apellido del profesional: _____ MP: _____

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma y aclaración del paciente

Firma y aclaración del profesional