

Consentimiento Informado para Procedimientos Quirúrgicos y/o Prácticas Invasivas

Buenos Aires,

Yo,he sido informado sobre la naturaleza y características de mi afección:

.....y sobre la necesidad de ser sometido a un procedimiento quirúrgico:

.....como parte de mi tratamiento.

Se me ha explicado en que consiste el mismo, los beneficios esperados, los riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución y las alternativas de tratamiento posibles. He podido formular todas las preguntas que tanto yo, como mis familiares directos hemos querido hacer para aclarar todas las dudas surgidas.

Por todo lo antedicho, autorizo al **Dr. Roger Torga Spak** y a los colaboradores del equipo que éste designe a llevar a cabo el procedimiento propuesto, y en caso de surgir alguna condición distinta a lo previsto que requiera un acto adicional en forma inmediata, autorizo a un cambio en el acto quirúrgico que los profesionales estimen conveniente.

Se me ha explicado sobre la necesidad de utilizar anestesia, sus riesgos y posibles complicaciones, por lo que consiento la administración de la anestesia, que el médico anesthesiólogo considere más adecuada.

Consiento a enviar para su estudio el material biológico, en caso de que fuera necesario extraer alguno, como a utilizar métodos radiológicos o fotografías.

A fin de contribuir al progreso de la educación médica, doy consentimiento a la admisión de observadores en cualquier recinto de la institución, así como el uso por parte de los profesionales médicos de toda la información médica que reciba con fines científicos o docentes preservando la confidencialidad de los datos.

Firma del paciente:.....

Firma del familiar (si el paciente no lo puede hacer).....

Aclaración:.....

DNI/CI:.....

Yo,....., en mi carácter de.....
y en nombre de, considerando que mi familiar no se encuentra en condiciones de brindar su consentimiento, consiento lo expuesto anteriormente.

Firma:.....

Aclaración:.....

DNI/CI:.....

ESTE FORMULARIO, NO ES MÁS QUE LA EXPRESIÓN ESCRITA DE TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED HA RECIBIDO PREVIO A TOMAR LA DECISIÓN DE REALIZAR EL MENCIONADO PROCEDIMIENTO.

SI USTED QUIERE MANIFESTAR ALGUN OBJECCIÓN, EXCEPCIÓN O CORRECCIÓN A ESTE DOCUMENTO, HÁGALO POR ESCRITO EN ESTE ESPACIO

.....
.....

Para el médico:

Luego de las explicaciones brindadas sobre la naturaleza de la afección, propósito, riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento propuesto creo que el Sr./Sra.....ha comprendido completamente todo lo expuesto habiendo aclarado sus dudas y consultas.

Firma del médico:.....

Aclaración: Roger Torga Spak / MN 90784