



Consentimiento Informado Quirúrgico

Fecha de la internación: / / 20

Paciente:

Edad:

DNI.:

Domicilio:

Teléfono Fijo/Celular:

Localidad:

Institución:

Nro. de Afiliado:

Medico de Cabecera:

Habitación:

Buenos Aires, de de 20 -

Por medio del presente,

Yo,

Nacido/a el día / /, DNI. otorgo el

Consentimiento para ser asistido/a en el Instituto Otorrinolaringológico Arauz S.A. y autorizo

al Dr., y a su equipo médico y al equipo médico del Instituto Otorrinolaringológico

Arauz S.A. a realizar una intervención quirúrgica sobre mi persona, conocida como

..... . Asimismo, manifiesto que:

1. He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud (enfermedad actual) y el motivo por el cual se indica la intervención quirúrgica.
2. He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos de la intervención quirúrgica, sus riesgos mas graves y frecuentes, beneficios y las alternativas u opciones posibles para lograr un posible mejor estado de salud.
3. Reconozco que he tenido oportunidad de formular preguntas sobre la información brindada, en especial con relación a otros posibles riesgos no descriptos en este documento, habiéndose contestado a las mismas en forma completa y satisfactoria.
4. Reconozco que no se me han dado garantías o seguridades respecto de los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica. Se me ha aclarado, especialmente, que, siempre que se realice una incisión o punción, quedará una cicatriz, a pesar de tomarse todos los recaudos necesarios para que se note lo menos posible.
5. Entiendo que durante el curso de la intervención quirúrgica pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran procedimientos diferentes de los aquí referidos, por ello consiento en forma expresa la utilización de técnicas, aplicación de los procedimientos y/o la realización de intervenciones quirúrgica o no quirúrgica, adicionales y/o alternativas que a criterio del profesional se consideren adecuadas y/o necesarias.
6. Asimismo, autorizo la administración de anestésicos del tipo general que se consideren necesarios. Reconozco que me ha sido debidamente informado que siempre existen riesgos asociados al uso de anestésicos.



7. *Faculto a que se me realicen durante la intervención quirúrgica y con posterioridad a la misma, todos los estudios y/o procedimientos que sean necesarios y adecuados conforme al criterio profesional, tales como estudios anatomopatológicos, radiografías, estudios de laboratorios y/o de diagnóstico por imágenes. Y acepto cooperar con el cuidado de la evolución de la intervención quirúrgica realizada en el periodo post-quirúrgico hasta que se me extienda el alta médica definitiva.*
8. *En el caso de ser necesario de acuerdo al criterio médico, doy mi conformidad para que se me realicen las transfusiones que fueren necesarias.*
9. *Manifiesto bajo juramento de decir verdad que no he alterado u omitido datos al exponer mis antecedentes clínicos y/o quirúrgicos.*
10. *Me comprometo a realizar el alta administrativa en el Sector de Admisión con anterioridad a retirarme del Instituto. En el caso que, me retire del Instituto Otorrinolaringológico Arauz S.A. sin el alta médica definitiva y/o sin el alta administrativa, lo hago bajo mi exclusiva responsabilidad, eximiendo al Instituto Otorrinolaringológico Arauz S.A. y/o a los profesionales autorizados con anterioridad de toda responsabilidad legal al respecto.*
11. *Hago constar que este documento no presenta claros, ni enmendaduras, ni salvaduras de mi puño y letra, al momento de suscribirlo.*
12. *Confirmando que he leído y comprendido los términos del presente documento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y que las efectuadas han sido contestadas.*

En caso de personas que no estén en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por su representante legal (cónyuge, cualquiera de sus padres, tutor, curador, pariente más próximo o allegado que se ocupe de su asistencia). El vínculo se acredita por la documentación correspondiente y/o por declaración jurada.

A tales efectos, manifiesto con calidad de declaración jurada ser el/la representante legal de para autorizar la intervención quirúrgica anteriormente detallada.

Firma del Paciente y/o Responsable Legal

Firma del Profesional

Aclaración de la Firma

Aclaración de la Firma

DNI. del Paciente y/o Responsable Legal

Matrícula Profesional