

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, autorizo al profesional médico, o a los asociados y asistentes a su elección en el *SANATORIO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO S.A.*, a realizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, intervinientes quirúrgicos, etc. que ellos crean conveniente realizar.

El profesional interviniente o los asociados y asistentes a su elección, me han explicado completamente la naturaleza y fines de los procedimientos antes mencionados, además de informarme de los beneficios esperados, como así también de las complicaciones que pudiera padecer por causas conocidas y desconocidas, molestias concomitantes y riesgos que pudieran producirse, así como posibles alternativas de tratamientos propuestos. Se me ha otorgado la posibilidad de hacer preguntas, todas ellas han sido contestadas completamente y satisfactoriamente.

A dichos fines, autorizo a que la realización de las videoendoscopias altas se hagan con anestesia local.

Entiendo que en el curso de dichos procedimientos -intervención quirúrgica- pueden presentarse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes de los previsto. Consiento, por lo tanto, a la realización de los procedimientos o intervenciones adicionales que el Dr./ Dra. o sus asociados o asistentes juzguen necesario llevar a cabo.

Asimismo, consiento la administración de anestésicos que se consideren necesarios o convenientes, comprendiendo que ella puede implicar riesgos para la salud e, incluso, excepcionalmente riesgos para la vida, y que dichos riesgos me han sido explicados.

Consiento que se efectúan transfusiones de elementos sanguíneos si son necesarios. Me han explicado que este tipo de tratamientos pueden asociarse a complicaciones inmunológicas, mecánica, o de transmisión de enfermedades infecciosas a pesar de los estudios efectuados al donante y su sangre.

Consiento la remoción, retención, preservación y uso para fines médicos, científicos, y educativos de cualquier muestra de tejido tomado del paciente.

Reconozco que se me ha explicado en forma clara y precisa que, a pesar de todos los avances de la ciencia, no me pueden dar total seguridad de llegar a un diagnóstico o de que puedan curar la enfermedad o de los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o tratamiento. Lo que sí me han asegurado, es de poner todos los conocimientos, empeño, entusiasmo y compromiso en intentar lograr dichos objetivos.

Confirmo que he leído y comprendido todo lo anterior y he acordado con ello, salvo aquellos párrafo que he tachado.

Médico interviniente.....

Tipo de intervención.....

.....
Firma Paciente y/o Responsable

.....
Aclaración Paciente y/o Responsable