

**CONSENTIMIENTO ESPECIAL PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/U OTROS
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PROGRAMADOS.**

1. Yo,.....he sido informado de que en mi deberá realizarse.....
He comprendido, por haberme sido explicado, cómo es el procedimiento y el que el mismo consiste en

2. También he comprendido, por haberme sido explicado, que este procedimiento está asociado con algunos riesgos, que generalmente consisten en:
.....
.....

Inclusive, también se me explicó, y lo he entendido, que el procedimiento tendrá posibles beneficios, pero no se me prometió ni garantizo poderlos obtener. He comprendido, por haberme sido explicado, que, durante mi preparación para el acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico o incluso durante el curso de estos, alguna condición distinta en mi organismo, puede ser descubierta o revelada y que entonces, al juicio del Dr/a:.....podrá ser necesario o aconsejable un cambio en el acto quirúrgico, tratamiento procedimiento diagnóstico, que será diferente al explicado de manera inmediata o para más adelante. En tal caso lo autorizo a que lo realice, por haber entendido que dicho acto adicional o diferente debe ser realizado y no puede suspender lo que está haciendo para explicarme nuevamente o explicarle a la persona que yo hubiera designado para ello.

3. Las alternativas razonables de este procedimiento también se me han explicado y consisten en:.....
.....

Las he comprendido y han sido contestadas todas las preguntas que realicé a mi entera satisfacción.

4. En consecuencia, autorizo a mi médico tratante, el/la Dr./a..... para que realice este procedimiento y he comprendido que para realizarlo mi médico podrá ser asistido por otros profesionales y técnicos, e incluso podrá necesitar realizar interconsultas con otros profesionales que el considere necesario. Yo estoy de acuerdo con esta participación y consiento que mi médico sea asistido por otro profesional y que les permita ordenar o realizar todo o parte del procedimiento antes mencionado, ya sea quirúrgico u otro tratamiento o procedimiento.

5. También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico para ser utilizados por propósitos educacionales o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no será revelada en ninguno de estos medios o en los textos explicativos que los acompañen.

6. Asimismo, autorizo y consiento a que el Dr./a.....retenga, fotografíe, preserve y use para propósitos educacionales y/o científicos muestras de tejido tomadas de mi cuerpo en ocasión de acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico.

7. Autorizo y consiento también la realización de transfusiones de sangre o la utilización de hemoderivados durante el acto quirúrgico si es que los profesionales médicos intervinientes lo juzgan necesario.

8. También me explicó que la contratación de los servicios hospitalarios, derechos sanatoriales y de hotelería será de exclusiva responsabilidad del paciente.

9. Entonces habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizarán, la que he entendido, completamente por las explicaciones que me dieron y las preguntas que pude hacer y me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que me sea realizado. En el momento me entregan una copia de lo que firme para mi control.

Mendoza,.....de.....del 202.....

Firma del paciente.....

Aclaración.....

Documento.....

Firma del médico.....

Aclaración.....

Sello.....

Los abajo firmantes dan permiso para la realización del acto médico en el paciente:..... en razón de que sé que no está en condiciones de hacerlo por sí mismo porque.....

Firma del representante.....

Aclaración.....

Documento.....

Firma del médico.....

Aclaración.....

Sello.....