



SANATORIO
OTAMENDI

Fecha de ingreso

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAQUEOSTOMIA

Yo,, DNI autorizo al Dr.....
.....y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona los
siguientes procedimientos:

Los riesgos más destacables en este tipo de
cirugía son:

- Inflamación de herida
- Hematoma
- Pigmentación cutánea
- Cicatriz hipertrófica
- Induración
- Parestesias
- Paresias
- Edema
- Tromboembolismo pulmonar
- Insuficiencia respiratoria

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....
.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido
perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento
quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su
juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes.
Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado
conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con
motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el
resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se
produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos
internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto
médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que
devenga necesario convocar.

Buenos Aires, de de, a las horas

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

Vínculo

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las : horas yo, revoco/rechazo el presente
consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del
procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. Documento:

Firma y sello del Médico: