



SANATORIO
OTAMENDI

Fecha de ingreso

CONSENTIMIENTO INFORMADO AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA

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 son los siguientes:

- Hemorragia – Dolor
- Tos - Síndrome Febril
- Insuficiencia respiratoria nasal
- Dolor de oídos (otalgia)
- Dolor de garganta (odinofagia)
- Dolor de estómago (epigastralgia)
- Vómito negro (hematemesis) - Deposición negra (melena)

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