



SANATORIO  
OTAMENDI

Fecha de ingreso

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTAPEDECTOMIA VESTIBULAR (OTOESCLEROSIS)

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:

- Hipoacusia igual o peor que la que tenía el paciente
- Anacusia o pérdida total del oído
- Paresia o parálisis facial
- Perforación de la membrana timpánica
- Vértigo o mareo

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