



Nombre y Apellido del paciente:.....  
Nombre y Apellido de los familiares o terceros:.....  
Nombre del médico tratante:.....

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán. También me ha sido informado que puedo no desear ésta información. ( Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).

Por la presente doy consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, terapéutico o intervención siguiente:.....  
.....  
.....

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr. ....

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Los riesgos más destacables son los siguientes:  
.....  
.....

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

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamiento o intervenciones adicionales o alternativos, presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como que él sea asistido por cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha:.....

Firma del paciente:..... Negativa de recibir información. Firma.....  
Firma de familiares o allegados..... Negativa de recibir información. Firma.....  
Firma del médico.....