

Consentimiento Informado

Por medio de la presente declaro que mi(s) médico(s) tratante(s) doctore(s)
.....
me ha(n) informado pormenorizadamente de que:

El diagnóstico de la enfermedad que padezco consiste en

El tratamiento o terapéutica indicada por el(ellos) para el caso supone

.....
por consiguiente tomo conocimiento en cuanto a los beneficios de dicho tratamiento así como de las complicaciones que pueden derivar o surgir del mismo, y autorizo expresamente a dicho(s) profesional(es) para que proceda(n) en tal sentido.

Declaro estar plenamente informado(a) de el(la)
a la cual seré sometido(a), así como también que se me ha informado detalladamente de los riesgos que pudieran surgir o derivar de la misma.

Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas puedan necesitar intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente

Doy consentimiento a la administración de anestesia.....
.....
aplicada por o bajo la dirección de anestesistas o el apoyo cirujano y a usar dichas anestesias como crea conveniente

Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizadas la obtención de los mismos en su totalidad.

Autorizo a que el cirujano o quien el designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

Dejo constancia en consecuencia que me encuentro suficientemente asesorado(a) de el(la).....
..... a realizarse, lo cual consiento voluntariamente en uso de mi derecho de decisión y en pleno goce de mis facultades mentales.

Firma y contrafirma del paciente Resp. legal
o de su defecto pariente responsable

Médico Tratante

Consentimiento Informado

Por medio de la presente declaro que mi(s) médico(s) tratante(s) doctore(s)
.....
me ha(n) informado pormenorizadamente de que:

El diagnóstico de la enfermedad que padezco consiste en

El tratamiento o terapéutica indicada por el(ellos) para el caso supone

.....
por consiguiente tomo conocimiento en cuanto a los beneficios de dicho tratamiento así como de las complicaciones que pueden derivar o surgir del mismo, y autorizo expresamente a dicho(s) profesional(es) para que proceda(n) en tal sentido.

Declaro estar plenamente informado(a) de el(la)
a la cual seré sometido(a), así como también que se me ha informado detalladamente de los riesgos que pudieran surgir o derivar de la misma.

Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas puedan necesitar intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente

Doy consentimiento a la administración de anestesia.....
.....
aplicada por o bajo la dirección de anestesistas o el apoyo cirujano y a usar dichas anestesias como crea conveniente

Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizadas la obtención de los mismos en su totalidad.

Autorizo a que el cirujano o quien el designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

Dejo constancia en consecuencia que me encuentro suficientemente asesorado(a) de el(la).....
..... a realizarse, lo cual consiento voluntariamente en uso de mi derecho de decisión y en pleno goce de mis facultades mentales.

Firma y contrafirma del paciente Resp. legal
o de su defecto pariente responsable

Médico Tratante

Consentimiento Informado

Por medio de la presente declaro que mi(s) médico(s) tratante(s) doctore(s)
.....
me ha(n) informado pormenorizadamente de que:

El diagnóstico de la enfermedad que padezco consiste en

El tratamiento o terapéutica indicada por el(ellos) para el caso supone

por consiguiente tomo conocimiento en cuanto a los beneficios de dicho tratamiento así como de las complicaciones que pueden derivar o surgir del mismo, y autorizo expresamente a dicho(s) profesional(es) para que proceda(n) en tal sentido.

Declaro estar plenamente informado(a) de el(la)
a la cual seré sometido(a), así como también que se me ha informado detalladamente de los riesgos que pudieran surgir o derivar de la misma.

Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas puedan necesitar intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente

Doy consentimiento a la administración de anestesia.....
.....
aplicada por o bajo la dirección de anestesistas o el apoyo cirujano y a usar dichas anestesias como crea conveniente

Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizadas la obtención de los mismos en su totalidad.

Autorizo a que el cirujano o quien el designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el periodo post-operatorio.

Dejo constancia en consecuencia que me encuentro suficientemente asesorado(a) de el(la).....
..... a realizarse, lo cual consiento voluntariamente en uso de mi derecho de decisión y en pleno goce de mis facultades mentales.

Firma y contrafirma del paciente Resp. legal
o de su defecto pariente responsable

Médico Tratante