

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como paciente usted tiene derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados deque debido a la patología que padece usted precisa.

El propósito de esta información no es alarmarle, ni liberar de responsabilidad al médico. Simplemente representa un esfuerzo para que usted conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria, de autorizar dicho procedimiento.

Sepa usted que es norma de obligado cumplimiento, para el medico que le atiende, informarle y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permita.

DECLARACIONES Y FIRMAS.

PACIENTE D./Dña

Ha recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca de

El/La medico que me atiende, me ha explicado de forma satisfactoria, que es como se realiza, y para que sirve.

También me ha explicado los riesgos posibles y remotos así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa.

Me ha informado de otras alternativas posibles.

He recibido respuesta a todas mis preguntas.

He comprendido todo lo anterior perfectamente.

Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Por tanto: DOY MI CONSENTIMIENTO para la práctica del procedimiento que se me propone.

En a día.....de.....de 19.....

Firma del medico informante:

Firma del paciente informado.

Dr./a.....

D./Dña.....

Colegiado n°.....