

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS
Art.19 Ley 17132 – Art 13 Ley 24.193

1. Yo.....por la presente autorizo al Dr.....
y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como.....
.....que se realizará el día.....de.....de.....
en.....

2. La intervención enunciada en el punto primero me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. El cirujano me ha explicado acabadamente las expectativas factibles de conseguir con la realización de la práctica propuesta. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.

3. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

4. Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas deson similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fistulas, complicaciones cardiovasculares y/o respiratorias.

5. Reconozco que durante el curso de la operación condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente, por lo tanto, autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y desables a su juicio profesional, incluyendo procedimientos tales como estudios anatomopatológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc.

6. La autorización concedida bajo este punto tercero, se extenderán a remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.

7. Así también autorizo a que el cirujano o quien designe, realice las curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.

8. Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o del anestesista por él seleccionado y a usar dichas anestésicas como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también bajo consentimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.

9. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente, la obtención de los resultados deseados de la operación no me han sido garantizados en su totalidad.

10. Doy consentimiento a ser fotografiado y/o filmado antes y/o durante, y/o después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano, pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.

11. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizar la intervención o procedimiento mencionado.

Firmas del Familiar (Esposo/a):

Firma del Paciente:

Aclaración de la Firma:

Aclaración de la Firma:

D.N.I. / L.E. / C.I.:

D.N.I. / L.E. / C.I.: