

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### *Cirugía General*

Se ponen en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación:

**¿Qué es?** El consentimiento informado es la manifestación de voluntad que emite el paciente, o un familiar y/o allegado (estos últimos de manera excepcional), según al caso, para que se le lleve a cabo una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender la información pertinente que se le suministra.

**Acceso a la información:** Los instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimientos y/o tratamientos aconsejados por los profesionales de la salud. Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión.

**Características de la Ciencia Medicina:** No es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la Medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

---

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Quien suscribe .....  
DNI ..... , con domicilio en calle .....  
de la ciudad de .....

Que en razón de mi actual estado de salud, mi médico tratante indica que me encuentro en una situación que requiere de una intervención quirúrgica conocida como .....  
A tales efectos, presto mi consentimiento para que dicha intervención se me realice en el Hospital/Sanatorio/Clínica ..... , llevada adelante por el/la Dr/a ..... y su equipo médico.

Que el citado profesional de la salud informa que el *diagnóstico / diagnóstico presuntivo* [tachar lo que no corresponda] es de .....

Que mis antecedentes personales son: .....

Que manifiesto que se me han realizado exámenes pre-quirúrgicos completos que constan de: .....

**Información (art. 59 CCyC, ley 26529):** Que el profesional de la salud me ha explicado de manera suficiente, en términos claros, precisos y sencillos los: *objetivos, alcances, probables beneficios y características del procedimiento quirúrgico propuesto*, así como las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto.

Del mismo modo, se me han explicado las *otras alternativas* existentes a la citada intervención (con sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto), sin perjuicio de lo cual acepto la alternativa antes señalada por creer que es la mejor para mi salud psico-física.

Que asimismo, se me han informado los *riesgos, molestias, efectos adversos previsibles* al acto quirúrgico a realizar. Que sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse *efectos indeseables no habituales/poco probables*, en relación a esta cirugía como por ejemplo: .....  
los que pueden llegar a requerir incluso una re-intervención de urgencia.

Entiendo, que en mi caso particular el riesgo de complicaciones se ve incrementado por las siguientes características médicas, psicológicas y sociales de quien suscribe, como pueden ser: .....

Que comprendo que me asiste el derecho, en el caso de padecer una enfermedad irreversible o me encuentre en estadio terminal, a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría o que produzcan un sufrimiento desmesurado, o cuando tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

Se me ha informado, y en este acto autorizo que si durante la práctica quirúrgica surgieren hallazgos y/o complicaciones que requieran modificar el plan estipulado del acto quirúrgico, y estos tuvieren carácter de emergencia y/o urgencia que pusiera en riesgo mi vida o salud y respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial en razón de dicha urgencia/emergencia, autorizo la actuación médica según el criterio profesional.

**Anestesia:** El profesional médico que me asiste me ha advertido que el procedimiento quirúrgico requiere la administración de anestesia *general / raquídea / peridural / locorreional / local* [marcar la que corresponda], la cual se puede llegar a modificar durante el acto operatorio según las necesidades y de acuerdo a la tolerancia del paciente. Que consiento expresamente la utilización de tal tipo de anestesia. Que el acto anestésico será llevado adelante por el/la Dr/a .....

Se me ha explicado que existe la posibilidad que durante la cirugía haya que modificar el procedimiento planteado y/o habitual debido a los hallazgos intra-operatorios (de urgencia y necesidad de pronta actuación), con el fin de beneficiar mi salud físico-psíquica.

**Transfusión Sanguínea:** Que *acepto / no acepto* [tachar la que no corresponda] recibir sangre o productos derivados de la sangre, en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asisten.

**Función formativa:** Que *autorizo / no autorizo* [tachar la que no corresponda] para que mi cirugía sea observada con fines didácticos, ya sea directamente o en el vídeo que se grabará de mi cirugía, el cual no será identificado con mi nombre, pero sí usado por fuera de mi Historia Clínica médica (en respeto de la Ley 25326).

**Deber de colaboración:** Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, de acuerdo a las indicaciones terapéuticas que los médicos que me asisten me indiquen en el periodo pre-operatorio, post-operatorio en la institución y domiciliario, así como concurrir en los días y horas citados para el control y/o tratamiento.

**Designación de Representante:** Que en ejercicio de mi autonomía de la voluntad designo en este acto a la/el Sra/Sr ..... en carácter de mi representante para expresar el consentimiento para los actos médicos, en los casos en que me encuentre absolutamente imposibilitado para expresar mi voluntad al tiempo de la atención medica (art. 59-60 CCyC).

Que en razón de todo lo expuesto, comprendiendo la totalidad de la información que se me suministró, comprendiendo de manera acabada el objetivo del procedimiento, así como sus riesgos, presto mi **CONSENTIMIENTO INFORMADO** para que se me realice la práctica quirúrgica conocida como ..... por vía ..... en las instalaciones del Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] ..... bajo la atención del Dr/a ....., así como de su equipo profesional, con las consideraciones arriba detalladas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. *Cirugía General.*

Se deja expresa constancia que las prestaciones propias de un servicio de internación, tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, entre otras, son independientes de la atención médica que motiva la práctica que aquí consiento. Asimismo, se deja constancia que el Dr/Dra. referenciado es ajeno a la institución sanitaria.

Que comprendo que en cualquier momento y sin brindar explicaciones puedo **revocar/retirar** el consentimiento a la internación y tratamiento médico.

Fecha: ..... / ..... / .....

Datos del Familiar Representante:

.....  
Nombre y Apellido

.....  
Domicilio

.....  
Teléfono

.....  
Firma y Aclaración  
Paciente

.....  
Firma y Sello  
Médico tratante