



Hospital Nacional  
Dr. Baldomero Sommer



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación

## CONSENTIMIENTO Videobroncoscopia

### AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

- 1- Autorizo al Dr.....y a su equipo médico a realizar procedimientos endoscópicos y a efectuar cualquier otra intervención que consideren necesaria, ya sea por afecciones previas o por imprevistos que puedan surgir por el mismo.
- 2- Autorizo la administración de fármacos anestésicos en mi persona que se consideren necesarios para realizar dicho procedimiento.
- 3- Autorizo el uso de los Servicios de Radiología, Laboratorio y Patología que consideren necesarios para arribar al diagnóstico final.
- 4- Me han sido explicados detalladamente la naturaleza y propósito del/ los procedimientos y la anestesia, posibles métodos alternativos así como también riesgos de posibles complicaciones en que se incurre.
- 5- Se me ha explicado que el procedimiento no implica garantías ni seguridad de resultado o de cura.
- 6- He leído y comprendido el contenido de cada párrafo.

Nombre/s y Apellido/s del Paciente:.....

.....

Edad:..... DNI/CI/DU/LC:..... TEL:.....

Dirección:..... Localidad:.....

Obra Social:.....

---

Firma y Sello Médico