



CONSENTIMIENTO MÉDICO Diagnóstico y/o Terapéutico

Fecha y hora de entrega del Formulario:

Yo.....DNI.....

Representado en este acto por.....

DNI:.....

1- Autorizo al Dr.....

y/o a los médicos que designe la Institución a efectuar los siguientes procedimientos diagnósticos /
terapéuticos en mi persona.....

Diagnóstico Presuntivo:.....

Procedimiento a realizar:

Complicaciones más frecuentes del procedimiento a realizar:.....

2- Se me ha informado en forma clara sobre los riesgos inherentes al procedimiento diagnóstico /
terapéutico y acerca de las probabilidades de éxito. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas,
y todas fueron contestadas en forma completa y satisfactoria.

3- También se me ha señalado que con cualquier procedimiento existe la posibilidad de una condición
inesperada, y que no se pueden dar garantías en lo que concierne a los resultados de cualquier
procedimiento o tratamiento.

4- Entiendo que en el curso de todo procedimiento diagnóstico / terapéutico pueden presentarse
condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los previstos. Consiento por lo tanto
la realización de procedimientos adicionales justificados

Al mismo tiempo consiento la administración de anestésicos o medicamentos que fueran necesarios.

5- Con el propósito de promover el conocimiento y educación médica, consiento la fotografía,
grabación en cinta de video o televisión del procedimiento a condición de que mi identidad no sea
revelada. También doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de procedimientos
diagnósticos / terapéuticos.

6- Cualquier órgano o tejido removido podrá ser examinado y retenido por el Hospital para fines
médicos, científicos o educativos.

7- Comentarios Adicionales:.....

8- Confirmando que he leído y comprendido perfectamente los puntos anteriores, y que todos los espacios
en blanco han sido rellenos antes de mi firma.

Se confecciona el presente Consentimiento Médico en doble ejemplar, que el paciente o su
representante firma en conformidad, quedando una copia en su poder.

..... de 20.....

FIRMA:

Aclaración:

DNI:

Domicilio:

***Grado de parentesco:**

FIRMA DE TESTIGO:

Aclaración:

DNI:

*Nota: en casos de menores de 21 años, siempre debe ser representado por sus padres o tutor – la aclaración
de firma, DNI, grado de parentesco y domicilio debe ser llenado de puño y letra por quien firma