



# Consentimiento para Cirugía

Paciente:.....Historia Clínica:.....

Diagnostico:.....

Médico:.....

El Médico me ha explicado el diagnostico y la razón por la cual se realiza esta intervención quirúrgica y ha respondido a mis preguntas. Por la presente autorizo y solicito al Médico y a sus ayudantes designados por el a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico al paciente arriba citado.

Procedimiento Quirúrgico (Operación).....

Explicación del Procedimiento Quirúrgico.....

DÍA		MES		AÑO	

.....  
Firma del Médico

Y comprendo que durante la operación arriba indicada, se pueden presentar situaciones imprevistas que puedan necesitar una extensión o modificación de la operación originalmente planeada o un procedimiento diferente. Yo autorizo al Médico arriba citado y a sus ayudantes o quien pueda ser designado por el a realizar un procedimiento adicional o alternativo que fuera necesario y deseables según el ejercicio de su juicio profesional.

Yo comprendo que hay ciertos riesgos o posibles consecuencias asociadas con esta operación. Soy consciente que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías o seguridad que me hayan sido dadas en relación al resultado de la operación arriba citada.

Yo he sido informado sobre la posibilidad de fracaso de esta operación, de las alternativas al mismo, así como de las consecuencias que significa la no realización de la citada operación.

Yo autorizo la selección y la administración de la anestesia apropiada por el Equipo de médicos anestesiólogos del Hospital. También he sido informado y comprendo los peligros y riesgos de la anestesia.

Yo autorizo la administración de drogas, transfusiones de sangre o componentes de la sangre o de cualquier otro tratamiento que sea juzgado necesario o deseable por el Médico tratante.

Yo entiendo que puede haber riesgos asociados a la administración de drogas y transfusiones de sangre o de componentes de la misma. Una reacción provocada por la trasfusión puede provocar fallo del riñón o anemia, fallo cardíaco, hepatitis, SIDA u otras infecciones. Mi firma indica mi autorización para la trasfusión de sangre o de componentes de la sangre durante la operación y en el post operatorio (definido ello como el periodo de 24 hs. Previo a la cirugía o 48 hs. luego de realizada la misma).

Yo también autorizo la presencia de observadores en Sala de Cirugía, el tomar fotografías o filmar la operación con propósito de Educación Médica y por motivos y/o científico a condición de que mi identidad no sea revelada en las citadas fotos o en los trabajos que se publiquen.

Yo autorizo al Servicio de Anatomía Patológica a retener muestras del tejido seccionado o miembros de acuerdo a lo que usualmente se realiza en la practica corriente en uso.

DIA		MES		AÑO	

.....  
Paciente o persona legalmente  
responsable del mismo

.....  
Testigo

.....  
Relación con el paciente



H.R.R.G.