

CLINICA VESALIO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº de Historia Clínica:

Yo, Don..... de.....años de edad, de sexocon grado de instrucción, y de ocupación....., Identificado con, en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el /la Dr./Dra., sobre mi estado de salud, los riesgos reales y potenciales que se pueden presentar como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco, de los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento que requiero.

He comprendido que las molestias por las que he consultado están provocadas por la enfermedad que padezco, cuyo diagnóstico es.....

Para lo cual requiero de un tratamiento denominado consistente en

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy conciente que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, mi riesgo aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos de la **Clinica Vesalio**, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna

Y de los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento quirúrgico a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.)

Soy conciente de los riesgos personalizados, que son.....

Se me ha informado que en cualquier momento antes de la operación y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo comunicar mi necesidad de revocar el consentimiento que ahora puedo prestar.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicaciones de mí(s) médico(s) tratante(s), sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de el o ellos, ni por ningún otro personal de salud, y luego de haber leído detenidamente la información escrita que se me ha proporcionado con tiempo (de haber sido necesario) así como el documento de autorización que se me ha alcanzado.

Manifiesto lo siguiente:

Que me considero **SATISFECHO** con la información recibida y que **COMPRENDO** la indicación, los beneficios, además de los riesgos y posibles complicaciones que podrían desprenderse de dicho acto médico.

Y en tales condiciones **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el/ la

Al otorgar mi consentimiento, declaro además estar de acuerdo en recibir el tratamiento médico que deriva de la intervención quirúrgica (antibióticos, analgésicos, etc.) y que se efectúen los estudios necesarios para lograr el diagnóstico definitivo de la enfermedad que actualmente presento. (Biopsias). A su vez, admito los cambios del procedimiento quirúrgico que los médicos consideren indispensables en mi beneficio, los cuales también me han sido explicados. Y por ende, acepto el riesgo de vida propio del acto quirúrgico y la anestesia, así como las alteraciones previsibles de mi integridad física provocadas por las acciones efectuadas para tratar mi enfermedad

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, no dude en preguntar al especialista responsable que lo atenderá con mucho gusto.

Firma y sello del médico tratante y/o informante
C.M.P. RNE:.....

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

Sé que el paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:
Parentesco:
Fecha: Hora:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Doña.....paciente de la Clínica **Vesalio** con HC Nº.....expreso mi voluntad de revocar el consentimiento prestado en fecha.....y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al/ la

FIRMA DEL/LA PACIENTE

Nombres y Apellidos..... Huella digital:
DNI: