

C.A.B.A.,.....de.....de.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ (mayor de edad / en mi calidad de representante legal del paciente \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_), he sido informado de la necesidad del tratamiento/práctica, que implica el sometimiento a \_\_\_\_\_ por padecer \_\_\_\_\_.

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse de aquellas últimas, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados. Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

Asimismo, se me han explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, y a que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi Consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/medicamento \_\_\_\_\_, o para la realización del procedimiento/práctica denominado \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente, aclaración y DNI

---

Firma, aclaración, y DNI del representante legal o familiar responsable, (en caso de incapacidad del paciente), consignándose el vínculo

Certifico que he explicado la naturaleza propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta. Considero que el/la Sr/Sra \_\_\_\_\_ ha comprendido completamente lo explicado y contestado

---

Firma del médico especialista, aclaración y N° de matrícula