

Nombre y Apellido del paciente _____

DNI _____

Nombre técnico del procedimiento / medicamento que va a recibir el paciente

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento/ tratamiento. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento/tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Y que los posibles riesgos más importantes son:

Y que será realizado por el/la Dr/a:

2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento/tratamiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3. Entiendo que de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del paciente

DNI

Lugar y Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL

He informado al paciente del propósito/tratamiento y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Nombre y Apellido del profesional actuante _____

Firma

Matrícula

Lugar y fecha

TUTOR LEGAL O FAMILIAR (en caso que corresponda)

Nombre y Apellido _____ Parentesco _____

Firma

DNI

Lugar y Fecha