

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entre el señor/a: DNI:

Domicilio real:

En adelante "El Paciente", y el Dr./a: M.N:

Domicilio real:

En adelante "El Profesional", se conviene el siguiente acuerdo:

• Como resultado de las pruebas que realizadas, se ha obtenido el diagnóstico de una enfermedad que requiere el tratamiento

• Los beneficios del tratamiento serían

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO:

• Durante el tratamiento pueden producirse diferentes reacciones como efectos colaterales o secundarios, dependiendo de la tolerancia que posea y el estado de salud previo, que ocasionarían que llegue a ser necesaria la interrupción del tratamiento:

• Tras el tratamiento pueden aparecer complicaciones propias a todo proceso terapéutico.

Las personas ancianas suelen sufrir con mayor impacto estos episodios.

• Como toda situación médica, los tratamientos no están exceptuados de complicaciones, llevando a interurrencias imprevistas e impredecibles.

• Los riesgos y fenómenos más frecuentes serían:

DECLARO:

• Que he sido informado por el Médico, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

El paciente ACEPTA o rechaza los siguientes actos médicos:

Reanimación artificial SI NO

Soporte Vital SI NO

Hidratación SI NO

Alimentación parenteral o enteral SI NO

El paciente puede abandonar en cualquier momento la internación.

• He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.

En este acto se entrega un duplicado para el paciente.

Lugar y fecha del acuerdo: / /

.....
Firma y aclaración del paciente
DNI:

o

.....
Firma y aclaración de un familiar
DNI:

.....
Firma y Sello del Médico