

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

Yo, autorizo al Dr. para que en mí se realice el siguiente procedimiento endoscópico: Colonoscopia Terapéutica con Polipectomía o Mucosectomía.

Se me ha explicado y he comprendido la necesidad de someterme a dicho procedimiento, como así también las características, beneficios, riesgos y alternativas. Para una mejor comprensión de lo manifestado se me ha entregado información escrita que explica la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. En la información escrita que recibí (folleto explicativo), se me han comunicado los riesgos predominantes de este procedimiento y me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han informado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. y a sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud.

Asimismo permito que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico. El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse inter consultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el Dr. al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información médica vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunicad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos. Asimismo, se deja constancia que en un 5% de los pacientes, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

En mi caso particular, declaro en forma libre y espontánea que me encuentro cursando el de embarazo, razón por la cual el médico encargado del procedimiento -Colonoscopia Terapéutica con Polipectomía o Mucosectomía-, me ha informado que existe un riesgo mínimo y potencial de perforación que podría provocar hemorragia y eventual pérdida del embarazo. También se me ha explicado y he comprendido que la intervención a la que me someto es necesaria, ya que el tamaño del material biológico a ablacionar puede devenir en una malformación tumoral.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Buenos Aires, de de 20.....

.....
Firma del/la médico/a tratante

Aclaración:

.....
Firma del/la paciente

Aclaración:

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

A) Firma en su lugar (nombre y apellido; documento, tipo y N°)

B) Lo hace en carácter de (indicar el grado de parentesco)

Observaciones:

.....
Firma del/la responsable