

El consentimiento informado en Medicina

25 y 29.9 - () Grado II: IMC entre 30 y 39.9 - () Grado III: IMC >40, según la OMS, () edad avanzada (mayor de 65 años); el riesgo de complicaciones es mayor.

8. El médico me ha advertido la necesidad de informar a todo el equipo sobre mis antecedentes alérgicos o medicamentosos, alteraciones de la coagulación, existencia de marcapasos y/ o prótesis, ingesta de medicamentos que interfieran con la coagulación sanguínea como aspirina o cumarínicos, la medicación actual como así también otro tipo de circunstancia.

Se deja constancia de que el paciente (tachar lo que no corresponda) Informó - No informó al equipo de profesionales intervinientes sobre sus antecedentes:

9. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, en el periodo post-operatorio domiciliario, hasta que me sea otorgada el alta definitiva, así como a concurrir en los días y horarios citados para control y/ o tratamiento. El médico me ha entregado todas las indicaciones por escrito en una planilla que queda en mi poder firmando de conformidad en el momento de su retiro. Asume la responsabilidad de prestar toda mi colaboración al médico tratante, deslindando de responsabilidad al mismo en caso de incumplimiento de las indicaciones y / o abandono anticipado del tratamiento de mi parte.

Mediante este documento Autorizo - No autorizo a que la realización del procedimiento sea filmada y documentada con fines científicos y / o didácticos.

El médico me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo cuales son las distintas alternativas existentes para el tratamiento médico a seguir, y el motivo de seguir adelante con el elegido en este caso, manifestando expresamente mi conformidad a la realización del mismo, habiéndome aclarado todas las dudas que le he planteado.

También tengo pleno conocimiento de que en cualquier momento y sin brindar explicaciones puedo revocar este consentimiento.

Por todo esto manifiesto pleno conocimiento y comprensión del objetivo del tratamiento y los riesgos del mismo. En estas condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice una **COLECISTECTOMÍA** por vía.....
En (lugar y fecha)

.....
Firma del Paciente

.....
Firma del Representante Legal