	Consentimiento Informado	**HISTORIA CLINICA Nº**
		INGRESO Nº
		FECHA DE INGRESO

Paciente:

Edad: **Obra Social:** **Nº Credencial:**

Servicio tratante **Médico Dr.:**

Traslado de: **Habitación:**

Por el presente documento autorizo a todos los profesionales intervinientes a realizar todas aquellas prácticas médicas y/o procedimientos terapéuticos convenientes y/o necesarias para arribar a un diagnóstico de mi afección y llevar a cabo el tratamiento adecuado para la misma, según pautas técnico-científicas autorizadas y reconocidas académicamente y en base a estándares de cuidado----------

El Dr./Dra. ..... Me ha explicado, en términos que he podido comprender, la naturaleza de la afección y los procedimientos médicos a los que seré/á sometido y me ha informado de los beneficios esperados así como de sus eventuales complicaciones, molestias concomitantes y riesgos, propios del procedimiento o no o bien por reacciones de mi organismo imposibles de prever, así como también las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Reconozco que no se me han dado garantías o seguridades respecto de los resultados del o de los procedimientos. ----------

Dejo expresa constacia que se me ha instado a realizar todas aquellas preguntas relativas a todos los aspectos del procedimiento a realizarse y que se me ha explicado, no quedándome duda ni interrogante que no se me haya evacuado y aclarado en términos que he podido comprender perfectamente. Así mismo he sido informado que he comprendido que existe la posibilidad de que pueda ser necesario o conveniente la realización de prácticas no previstas, que se presenten como consecuencia de complicaciones del método o reacciones propias de mi organismo, y consecuentemente otorgo por el presente mi consentimiento anticipado. ----------

En el caso que durante los procedimientos autorizados, los profesionales intervinientes descubrieren alguna patología no detectada o sospechada, los autorizo a proceder en la forma que consideren más conveniente. ----------

Consiento en recibir sangre o productos derivados de la misma a juicio del o de los médicos tratantes,----------

Consiento la administración de los anestésicos que se consideren necesarios. Se me ha explicado y he comprendido que siempre existen riesgos asociados con la anestesia. ----------

Fecha: ...../...../.....

.....	.....	.....
Firma del Paciente, Padre o Tutor	Aclaración	Documento

40590-GRAFICONT-MY6-50-R1