

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA.

En forma voluntaria consiento en que el/la doctor/a,
como cirujano/a y los ayudantes que el/ella designe me realicen el procedimiento
diagnóstico, terapéutico y/o intervención quirúrgica conocida como:
..... como tratamiento para
.....

Entiendo y acepto que esta cirugía no garantiza totalmente los resultados esperados. Se
me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no
son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia
en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual
consulté.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del
actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente
serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como
quirúrgicos.

Si durante los procedimientos autorizados, los profesionales intervinientes descubren
alguna patología no detectada o sospechada, los autorizo a proceder de la forma que
consideren más conveniente.

Autorizo a recibir los procedimientos anestésicos necesarios y de acuerdo a la cirugía a
realizarse, por parte del equipo de anestesiólogos de la institución.

Entiendo que si es necesario extraer algún tejido, se someterá a estudio
anatomopatológico posterior, siendo mi deber reclamar el resultado e informarlo al
médico.

Doy mi consentimiento para que la información registrada en mi historia clínica sea
empleada con propósitos didácticos o de investigación resguardando mi identidad.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los
cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho/a con la información
recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha
dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además
comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que
conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento
que se me realice dicha cirugía.

Asimismo he sido informado que este procedimiento podrá ser revocado en cualquier
momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.



.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI

.....

CIUDAD Y FECHA

REVOCABILIDAD:

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:

- Que se realice el procedimiento asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....

Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:.....