

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre Paciente
Médico Tratante

Edad
Dpto.

C.I.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

Confirmando que he explicado el tratamiento propuesto y sus posibles efectos secundarios y asociados. Igualmente, he explicado al paciente y/o familiares, el propósito de dicho tratamiento y de las opciones terapéuticas disponibles de una manera sencilla.

Nombre del médico:

Firma:

DECLARACION DEL PACIENTE:

Declaro que mi médico me ha explicado las condiciones de mi estado de salud, el tratamiento y/o procedimiento propuesto, las alternativas, los riesgos del mismo, las complicaciones y las he comprendido y decidido autorizar me realicen el/los procedimiento/s indicados así como la aplicación de cualquier otro tratamiento durante o después de dicho procedimiento, que sea necesario para solventar las posibles complicaciones que pudieran surgir y que sólo serán llevados a cabo de ser necesario, en mi mejor interés y justificado por razones médicas.

ESTIMADO PACIENTE Y/O FAMILIAR:

Lea cuidadosamente el contenido de esta planilla. Si existe algo que usted no entienda de lo explicado por su médico, o si desea más información, solicítela al mismo.

Asegúrese que toda la información expuesta en esta planilla esté correcta. De estarlo, y de usted sentirse satisfecho con la explicación dada por parte de su médico, firme la planilla.

Nombre del
paciente:
Nro. de
Cédula/Pasaporte:
Firma del paciente:
Fecha

Nombre del
testigo:
Nro. de
Cédula/Pasaporte:
Firma del testigo:

Centro Médico Guerra Méndez: Calle Rondon N° 103 Casco Central
Torre "A" Consultorio 019 Telf.: (0241) 856.10.19 Cel.: 0414 - 325.39.92
Consultas: Lunes a Viernes de 1pm a 5pm