

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: _____ Fecha: _____

Yo, _____ he sido informado de la necesidad de ser sometido a _____
_____ por padecer _____

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Asimismo, se me han explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, y a que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi Consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/medicamento

_____, o para la realización del procedimiento/práctica denominado

Firma del paciente, aclaración y DNI

Firma, aclaración, y DNI del representante legal o familiar responsable, (en caso de incapacidad del paciente), consignándose el vínculo: _____

Certifico que he explicado la naturaleza propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.

Creo que el Sr/Sra _____ ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

Firma y aclaración del médico

Nº de matricula