

Consentimiento informado

PACIENTE.....

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.

El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

1. - He recibido la información sobre mí:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

2. - He comprendido en qué consiste esta intervención y he aceptado los posibles riesgos y consecuencias que puede tener. Unos son comunes a cualquier intervención de Neurocirugía y otros son posibles en este tipo de intervención. Algunas se enumeran más adelante y otras me las han referido en hoja aparte, que también firmo.

.....
.....
.....

3. - Acepto la aplicación del tipo de anestesia necesario para esta intervención.

4. - Entiendo que pueden surgir reacciones alérgicas inesperadas
(Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan el no hacer sistemáticamente pruebas diagnósticas para detectar una posible alergia, ya que las mismas pruebas no están exentas de riesgos y el resultado negativo no garantiza que no exista reacción alérgica posterior). Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo.

5. - En caso de surgir circunstancias inesperadas durante o tras la intervención, autorizo a que se tomen las medidas o procedimientos quirúrgicos oportunos que sean necesarios, nuevos y distintos a los planteados originalmente.

6. - Asimismo autorizo a mis médicos a tomar otras medidas que estimen oportunas en beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que, a pesar de que cada donación es analizada exhaustivamente, puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o terapéuticas.

7. - Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatomopatológico. Así como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

8. - Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

