

Consentimiento informado

Como paciente usted tiene derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas que debido a la patología que padece, su médico, el cual ha elegido libremente, considera necesario para el bienestar de su salud.

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 dispongan el centro, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característicos de las ciencias médicas.

El abajo firmante D./D.^a
de años de edad, o por su incapacidad legal su representante, Don/Doña
..... con D.N.I. reconoce haber sido informado de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.

Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al centro para la realización de
.....
asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir, sin que medie error, impericia u omisión las siguientes complicaciones:

- Infecciones
- Alteraciones de la cicatriz (retracciones, engrosamientos.....)
- Reacciones alérgicas (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).
- Alteraciones vasculares, como hemorragias que obligarían a intervenir pocas horas después.
- Otras que por las particularidades de su proceso, y obedeciendo siempre a una fuerza mayor puedan ocurrir.

Asimismo, autorizo a mis médicos a tomar todas las medidas que se estimen oportunas en beneficio de mi salud, que por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: 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.

Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento, de retirar la autorización.

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Nº de colegiado

En, a de de 2.....

En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:

- Por ser menor de edad o incapacitado.
- Por delegación voluntaria.
- Porque la situación del paciente no lo permita.

Denegación/revocación del consentimiento

D./D.ª
ante los testigos abajo firmantes expreso mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) de consentimiento a pesar de haber sido informado/a las consecuencias de mi acto por el motivo de
haciéndome plenamente responsable de las consecuencia médico-legales que se deriven de esta decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente/representante

Firma de testigos

D.N.I.:

Firma del médico

Nº de colegiado

En, a de de 2.....

Nota: Se remitirán al juzgado de guardia las denegaciones expresadas por terceras personas que actúen como representantes de los interese de los pacientes