



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En *Consultorios Tapella* estamos tratando de atenderlo mejor y de incorporar en la relación con nuestros pacientes todos los elementos de avanzada que se han desarrollado en los países líderes en materia de respeto al **Derecho del Paciente**.

Uno de esos elementos, actualmente en uso en todo el mundo, es el **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, tendiente a garantizar la libertad de elección del Paciente frente a los tratamientos recomendados y adecuados. Lo invitamos a completarlo:

En Buenos Aires, a losdías del mes de de

PACIENTE (Nombre y Apellido):.....

Tipo de documento:.....nº:.....

Domicilio completo:.....

Localidad:.....Tel.:.....

Autorizo a los profesionales integrantes del plantel de *Consultorios Tapella* a realizar todas aquellas prácticas médicas para establecer el diagnóstico de mi afección, y llevar a cabo el tratamiento indicado según pautas técnico-científicas autorizadas y reconocidas académicamente.

El Doctor/a..... me ha explicado y he comprendido la naturaleza de mi afección y los procedimientos médicos a que seré sometido (indicar).....

Dicho profesional me ha informado de los beneficios esperados y complicaciones, molestias concomitantes y riesgos que puedan producirse, como así también de las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Reconozco que no se me han dado garantías o seguridades respecto a los resultados de los procedimientos.

Cualquier tejido removido podrá ser examinado y retenido por *Consultorios Tapella* para fines médicos, científicos o educativos, y se podrá disponer de tal tejido o de la parte del mismo de conformidad de la práctica acostumbrada.

Acepto recibir sangre o productos derivados de la misma a juicio del o de los médicos tratantes. Esta sangre y sus derivados cumplen con las normativas impartidas por el Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Consiento la administración de los anestésicos que se consideren necesarios.

Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia, y que los mismos me han sido completamente explicados.

Consiento finalmente en la realización de todas las operaciones o procedimientos distintos a los previstos, en el supuesto caso de presentarse patologías diferentes a las tenidas en cuenta.

Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas del caso y todas estas me han sido contestadas en forma completa y satisfactoria, en términos sencillos para mi comprensión.

Para su constancia firmo en el lugar y fecha precedentemente mencionados:

PACIENTE/FAMILIAR

TESTIGO

.....
FIRMA

.....
FIRMA

.....
ACLARACION

.....
ACLARACION

.....
DOCUMENTO

.....
DOCUMENTO

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, así como los peligros y consecuencias de no realizarlo. Me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he respondido completamente todas aquellas que me fueron formuladas. El/la paciente/representante ha manifestado comprender totalmente lo que he informado y contestado.

DR./DRA.:.....
FIRMA y SELLO:.....

FECHA: