



SANATORIO POSADAS S.A.
33-54613621-9
Junín 1840 - Posadas (3300)
Tel: 0376 4424460/4426100
e-mail: admin@sanatorio-posadas.com.ar

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Art. 19 - Ley 17.132; Art. 11 - Ley 23.464

Posadas/...../.....

1- Yo , por el presente autorizo al Dr./Dra.....
y a su equipo quirúrgico a realizarme una intervención conocida como:

.....

que se realizará el día/...../..... en el Sanatorio Posadas S.A.

2- La intervención enunciada en el punto 1 me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención; y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

b) Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de (especialidad) son similares a las de cualquier otro tipo de operación, y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fístulas, otras:, etc.; así como las complicaciones propias de la anestesia.

3- Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como estudios anatómicos patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto 3 se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el periodo post operatorio.

4- Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de anestesistas por él seleccionados y a usar dichas anestésicas como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.

5- Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar de que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

6- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto para propósitos médicos o educacionales.

7- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al especialista sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

8- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos y operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:

.....

9- He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

SI USTED TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE ESTE DOCUMENTO QUE ACABA DE LEER, O CUALQUIER PREGUNTA REFERENTE AL MISMO, PREGÚNTELE AL MÉDICO AHORA, ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO.

Firma del Paciente..... Aclaración.....
Documento..... Domicilio.....

SI AL PACIENTE LE VA A SER COLOCADO MATERIAL DE IMPLANTE, COMPLETAR:

10- Estoy en conocimiento que durante el acto quirúrgico me va a ser colocado un implante conocido como (describir):

.....
En tal sentido, manifiesto que me han sido explicadas las posibles complicaciones que específicamente se pueden producir como consecuencia de la utilización y colocación del mencionado implante y/o el material de síntesis que pueda requerirse en el acto quirúrgico.

Firma..... Aclaración.....
Documento..... Domicilio.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, COMPLETAR:

El paciente es un menor de..... años de edad y yo/nosotros, el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es, encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

Firma..... Aclaración.....
Documento..... Domicilio.....
Parentesco.....