

Yo, (Nombre y Apellido) \_\_\_\_\_, declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado/a por el Dr. \_\_\_\_\_ sobre el procedimiento médico a realizar.

Se me ha entregado información escrita, oral y web que explica la naturaleza, el propósito, sus beneficios, los riesgos y otras alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente. Se me ha dado tiempo suficiente para leer la información y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que he formulado.

También me han comunicado las posibilidades de efectos adversos y/o secuelas en términos que yo he comprendido adecuadamente y se me brindaron respuestas a todas las preguntas que he formulado. Se me han explicado y propuesto también los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto.

**Autorizo, además, al Dr. \_\_\_\_\_ a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios y de anestesia y de transfusión de sangre.**

**Asimismo, autorizo que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anesestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo durante el acto médico.**

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Asimismo, se me ha informado y he comprendido que en un 5% de los casos, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

**Autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a contactarme en la eventualidad que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.**

**Del mismo modo, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a la toma de muestras durante el procedimiento para realizar estudios cito-histo-anáto-mopatológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico a partir del estudio de dichas muestras; a su vez me comprometo a contactarme con el laboratorio de anatomía patológica para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante.**

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

**En el momento en que suscribo el presente dejo constancia que puedo solicitar una copia de este consentimiento.**

Mendoza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL  
MÉDICO RESPONSABLE

SELLO:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL  
PACIENTE

DNI:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL  
RESPONSABLE O TUTOR

DNI:

PARENTESCO:

Nombre y Apellido .....

Domicilio ..... C.P. .... Tel.: .....

Edad ..... Peso ..... Altura .....

Cobertura de salud ..... N° de afiliado .....

Estudio a ejecutar ..... Médico que lo deriva .....

¿Cómo se afilió a su cobertura médica?  En forma particular  Me la brinda mi trabajo

**POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA**

- ¿Ha tenido presión arterial alta? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Padece diabetes? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Ha recibido transfusiones? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Padece de alguna enfermedad transmisible? (HIV, otras) ¿Cuál? ..... SI  NO  NO SABE
- ¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida? ..... SI  NO  NO SABE

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial .....

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? ..... SI  NO  NO SABE

¿Por qué le piden el estudio? ..... SI  NO  NO SABE

¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumores de colon? ¿Quién? ¿A qué edad? .....

¿Qué medicamentos o droga toma en forma habitual? ..... SI  NO  NO SABE

¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? ..... SI  NO  NO SABE

¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios? ..... SI  NO  NO SABE

¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles? ..... SI  NO  NO SABE

Califique la ansiedad por el procedimiento de 1 a 10

**PREGUNTAS PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO**

¿Está menstruando actualmente? ..... SI  NO  NO SABE

¿Puede estar embarazada? ..... SI  NO  NO SABE

¿Toma estrógenos? ..... SI  NO  NO SABE

Mendoza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE  
DNI:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE O TUTOR  
DNI:  
PARENTESCO: