

CONSENTIMIENTO MEDICO INFORMADO

NOMBRE DE LA INSTITUCION

FECHA:

DIA: MES: AÑO:

Yo _____ mayor de edad,
identificado con DNI N° _____ y como paciente; o como responsable del
paciente _____
identificado con DNI N° _____ ;

AUTORIZO al Dr. JOSE PABLO GRANDE CLAVERO; n° de colegiado 47/4704870, para la
realización del procedimiento _____, teniendo en
cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias
imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o
la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que
he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados
que se esperan de la intervención médica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el
sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una
actividad de medio, pero no de resultados.

Soy consciente de que en cualquier momento puedo revocar el presente consentimiento.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del
procedimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:

RELACIÓN CON EL PACIENTE:

FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD:

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Dr. JOSE PABLO GRANDE CLAVERO

N° COLEGIADO: 47/4704870.