

## Consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas



Art. 19 Ley 17.132 - Art. 13 Ley 24.193

Yo,..... por la presente autorizo al  
Dr..... y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención  
quirúrgica conocida como.....

Que se realizará el día ..... de ..... del año 20....en la ciudad de BUENOS AIRES  
en.....

La intervención enunciada en el punto primero me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención; estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de la intervención mencionada. El cirujano me ha explicado acabadamente las expectativas factibles de conseguir con la realización de la práctica propuesta. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.

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

Las complicaciones que puedan producirse en las intervenciones de Ortopedia y traumatología son similares a las de cualquier otro tipo de operación y declaro conocerlas, siendo las más probables: infecciones, lesión vascular ó nerviosa, Pseudoartrósis (No consolidación del hueso), dolor, cicatrices queloides ó hipertróficas, recidivas, (términos, todos ellos que me fueron explicados y he comprendido y aceptado).

que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras ó diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado ó quién él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

La autorización concedida bajo el punto nº4 se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.

Así también autorizo a que el cirujano ó quién él designe, realice las curaciones y los controles necesarios en el período post operatorio.

Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano ó el anestesiólogo y a usar dicha anestesia como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.

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 de los resultados deseados de la operación no me ha sido garantizada la obtención de los mismos en su totalidad.

Doy consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante, ó después del tratamiento, siendo éste material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado exclusivamente en revistas científicas y/o ser expuesto para propósitos médicos ó educacionales.

He leído detenidamente éste consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano a realizar la intervención ó procedimiento mencionado.

### Paciente

### Testigo

Firma: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

DNI: .....