

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones. | | | |

CONTRAINDICACIONES

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

AUTORIZACIÓN PARA “NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a “Nombre del facultativo”, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizar este procedimiento.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En “localidad”, a “fecha”

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: “DNI PACIENTE”, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En “localidad”, a “fecha”

Fdo. Paciente: