

Consentimiento Informado

Yo _____, DNI N° _____ autorizo al Dr. **Dr. Esteban M. Promenzio** para que en mí se realice una _____ por presentar _____

El **Dr. Esteban M. Promenzio** me ha entregado información escrita que explica la naturaleza y propósito del procedimiento y los beneficios de su realización consistentes en : diagnóstico y eventual tratamiento de las lesiones detectadas ,en términos que yo he comprendido perfectamente. Asimismo, se me ha hecho saber sobre la existencia de otros estudios y tratamientos alternativos, sus ventajas y desventajas.

En la información escrita que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento (perforación y sangrado) y el tratamiento a realizar en el caso que ocurrieran. Me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento diagnóstico o terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr **Dr. Esteban M. Promenzio**, sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. Incluso permito administrarme anestesia, que será efectuada por un médico anesthesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, pudiéndose realizar ínter consultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el **Dr. Esteban M. Promenzio** al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento 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.

Asimismo,dejo asentado que se me ha informado que pueden presentarse falsos negativos, en un 5% aproximadamente (cifra aceptada internacionalmente), por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas 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.

Tandil, _____ de _____ de _____

Dr. Esteban M. Promenzio
Gastroenterología MP 114615 MN 111339

Firma y aclaración del/la paciente

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

- A) Firma en su lugar _____ DNI ° _____
B) Lo hace en carácter de _____ (indicar el grado de parentesco, si es tutor o curador en caso de inhábiles o incompetentes)

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, **NO DOY mi consentimiento** para que se me realice el/los estudio/s.

Firma y aclaración del/la paciente