Hospital Interzonal Gral. de Agudos Eva Perón Ex Castex

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En San Martín, Buenos Aires, a los 4 días del mes de [redacted]
de 2016

PACIENTE [redacted]

DOCUMENTO [redacted]

AUTORIZO a los profesionales médicos del Hospital HIGA Eva Perón, a llevar a cabo el tratamiento indicado según pautas teórico-científicas autorizadas y reconocidas académicamente.
El doctor/a [redacted] me ha explicado y he comprendido la naturaleza de mi afección y los procedimientos médicos a los cuales seré sometido: **QUIMIOTERAPIA**; y me ha informado de los esperados beneficios y complicaciones, molestias concomitantes y riesgos que pueden producirse, así como las posibilidades alternativas al tratamiento propuesto.
Reconozco que no me han dado garantías o seguridades respecto de los resultados del o de los procedimientos.
Consiento en recibir sangre o productos derivados de la misma a juicio del o los médicos tratantes. Esta sangre y sus derivados cumplen con las normativas impartidas por el MINISTERIO de SALUD PUBLICA.
Se me ha dado la oportunidad de formular todas las preguntas del caso y todas han sido contestadas y satisfactoriamente en términos sencillos para mi comprensión.
Para su constancia firmo en el lugar y fecha precedentemente mencionados.

PACIENTE/FAMILIAR/REPRESENTANTE

[redacted] [redacted] [redacted]

FIRMA **ACLARACIÓN** **DOCUMENTO**

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, así como los peligros y consecuencias de no relocalizarlo, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he respondido completamente todas aquellas que me fueron formuladas. El/la paciente/familiar/representante ha manifestado comprender totalmente lo que he informado y contestado.

MÉDICO/A: [redacted]