



Consejería de Sanidad.
C / Doctor Esquerdo, 46. Madrid – 28007.

Tfns. 915868308, -04, -05 y -6687.

D. / Dña.

NHC:

Domicilio:

Ciudad:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

CP:

Unidad de Trasplante Hepático.

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del médico que informa:

Nombre del procedimiento: Trasplante hepático.

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y las intervenciones que se me va a realizar: SI NO.

Deseo que la información sobre mi enfermedad e intervenciones le sea proporcionada a -----

Mediante la firma del presente documento declaro que:

- he sido informado de las características de mi enfermedad.

- he sido informado de los motivos de la indicación del trasplante hepático.

- he sido informado de los beneficios y riesgos generales de este procedimiento.

- he sido informado de las peculiaridades propias de mi caso -----

- he podido realizar cuantas preguntas he considerado oportunas en relación con la información recibida.

- he recibido información acerca de las diferentes alternativas de tratamiento para mi enfermedad.

- estoy satisfecho con la información recibida. Sé que puedo revocar este consentimiento sin necesidad de dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia que voy a recibir.

Igualmente, mediante la firma del presente documento otorgo el consentimiento necesario para la inclusión en lista de espera para trasplante hepático, así como para la realización del trasplante hepático en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Fecha y firma del médico que informa.

Fecha y firma del paciente.

Firma y DNI del testigo.

En caso de revocación del consentimiento, fecha y firma del paciente