

NOMBRE DEL PACIENTE: .....  
NOMBRE DE LOS FAMILIARES/TERCEROS.....  
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE.....

**SOLICITUD DE CIRUGÍA, DOCUMENTO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizaran. También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pié).

Por el presente solicito ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente: **TRAQUEOSTOMIA**.....

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el **DR.** ..... y/u otro cirujano autorizado del **Servicio de O.R.L.**

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Los riesgos más destacables en este tipo de cirugía son:

- 1- **INFLAMACION DE HERIDA- HEMATOMAS-PIGMENTACIÓN CUTÁNEA- CICATRIZ HIPERTRÓFICA -INDURACION- PARESTESIAS PARESIAS- EDEMAS- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR-INSUF. RESPIRATORIA.**

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos, presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante son necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

FECHA: .....

FIRMA DEL PACIENTE: ..... **NEGATIVA A RECIBIR INFORMACION**

FIRMA DE FAMILIARES O ALLEGADOS..... FIRMA: .....

FIRMA DEL MÉDICO: .....