



Consentimiento informado

Este documento tiene dos finalidades: la primera, que usted entienda la información que le daremos sobre la técnica o la operación que proponemos; la segunda, que dé su consentimiento.

Cualquier actuación médica supone un riesgo; pero la mayor parte de las veces el riesgo no se llega a hacer realidad, de forma que no hay daños ni efectos secundarios indeseables. Sin embargo, algunas veces no es así. Por ello es importante que usted conozca los riesgos de la operación que proponemos.

Aunque firme este documento de consentimiento, ello no le obliga a hacerse la operación: puede retirarlo (revocarlo) en cualquier momento. Además, ha de saber que eso no supondrá ninguna consecuencia negativa sobre la calidad del resto de la atención recibida. Por ello, antes de decidir si firma o no el consentimiento, debe leer con atención toda la información que viene a continuación. Puede pedir más información o que le aclaremos cualquier duda.

Información sobre la técnica o la operación que proponemos

Centro sanitario donde se hará el procedimiento

Servicio

Técnica u operación

Nombre técnico y explicación sencilla, o bien nombre coloquial.

¿En qué consiste, cómo se hace y para qué sirve?



¿En qué le beneficiará?

¿Qué alternativas existen?

¿Qué contraindicaciones tiene?

¿Cuál son los riesgos más frecuentes o más graves?

¿Cuáles son los riesgos concretos en su caso?

¿Qué situaciones especiales hay que tener en cuenta?

Otras informaciones de interés

- A veces es necesario tomar muestras biológicas, hacer fotografías y/o vídeos para estudiar y documentar mejor el caso.
- Si un profesional sanitario sufre un accidente biológico con su sangre durante el proceso, le haremos una analítica para descartar los virus de la hepatitis B y C y el virus del sida (VIH).

Datos de la persona atendida y de los profesionales implicados

Nombre y apellidos de la persona atendida		N.º doc. identidad
Nombre y apellidos de quien la representa*		N.º doc. identidad
Nombre y apellidos del profesional que indica la técnica o la operación	Fecha	Firma
Nombre y apellidos del profesional que llevará a cabo la técnica o la operación	Fecha	Firma

* En caso de incapacidad de la persona atendida.

Consentimiento

MANIFIESTO que estoy de acuerdo con la técnica o la operación que se me ha propuesto. He leído y he entendido toda la información que se me ha dado en este documento. He podido hacer preguntas y aclarar todas las dudas. Por ello tomo de manera consciente y libre la decisión de autorizar la técnica o la operación. También sé que puedo pedir más información y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre y apellidos de la persona atendida Nombre y apellidos de quien la representa

.....

[firma]

[firma]

....., de de 20.....

¿Se ha entregado a la persona atendida una copia del documento? Sí No



Revocación del consentimiento

De manera libre y consciente he decidido RETIRAR MI CONSENTIMIENTO para esta técnica u operación. Asumo las consecuencias que de ello se deriven para mi salud o mi vida.

Nombre y apellidos de la persona Nombre y apellidos de quien la representa

[firma]

[firma]

....., de de 20.....

¿Se ha entregado a la persona atendida una copia del documento? Sí No