

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INGRESO A LISTA QUIRURGICA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO .

CONDICIONES DE INGRESO

Teniendo en cuenta que su proceso requiere una operación no urgente, motivo por el que he sido incluido/a en lista de espera quirúrgica del hospital, a partir de este momento adquirimos el compromiso de poner en marcha las acciones necesarias para intervenirle en el menor plazo posible.

Para alcanzar este objetivo y garantizar la buena gestión de la lista de espera, precisamos su colaboración y comprensión, en las siguientes cuestiones:

- Si cambia de domicilio o teléfono, le rogamos informe de los nuevos datos al Servicio de Admisión; de otra forma nos resultaría imposible contactar con usted.
- Le avisaremos con la suficiente antelación de las citas concertadas para las consultas y exploraciones previas a la intervención quirúrgica, así como de la fecha prevista para la operación.

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

- Me comprometo de producirse alguna circunstancia que le impida acudir al hospital en los días señalados, le rogamos nos lo comunique lo antes posible para que en su lugar podamos atender a otro paciente que, como usted, precisa ser operado.
- Me comprometo nos informe puntualmente de cualquier razón que motive un retraso prolongado de la operación o una renuncia por su parte a ser intervenido.
- Acepto con el fin de disminuir el tiempo de espera, este hospital puede contar con el apoyo de otros centros sanitarios acreditados para la realización de la intervención quirúrgica que usted precisa. Si ante la imposibilidad de operarle en un plazo razonable en nuestro Hospital, le ofertamos acudir a otro centro, tenga la absoluta certeza de que allí le intervendrán con toda garantía.

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes



(En caso de menor de edad o incapacidad)

**UY
no archivo adjunto.**