

Consortio III FOFEMI

Cufré 1781 - Montevideo
Teléfono: (02)1750 - Interno 118
Fax: (02)4027122
Email: fofemi@femi.com.uy

Vigencia: 01/08/2007

Página 1 de 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACTO MÉDICO SOLICITADO: RADIONEUROCIROUGÍA

1) Por la presente tomo conocimiento que el acto médico al que refiere el presente documento se realiza en la institución:_____.

2) Dejo constancia que he sido adecuada y debidamente informado(a) respecto del acto médico y quirúrgico al que seré sometido, así como de las razones que lo motivan y de los riesgos y complicaciones que del mismo surgen o se derivan, lo que -por lo tanto- no permite asegurar un resultado.

3) Autorizo a su vez al equipo médico a disponer y proveer todo servicio médico adicional que considere necesario, incluyendo la administración de anestesia, medicación, transfusión de sangre u otros requeridos para el procedimiento indicado.

4) También autorizo la realización de operaciones o procedimientos adicionales considerados terapéuticamente necesarios por el equipo médico, basados en sus hallazgos operatorios o diagnósticos, y siempre que los mismos no permitan recabar un nuevo consentimiento.

5) Dejo constancia que consiento y elijo el tratamiento por mi propia voluntad, en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones emergentes del acto médico y/o quirúrgico.

6) En consecuencia, dispongo y autorizo a que el acto médico de Radioneurocirugía al que seré sometido me sea realizado en el centro asistencial mencionado en el ítem 1).

Asimismo, autorizo a que el referido centro asistencial integre el equipo médico que tendrá a su cargo la realización del acto específico con los técnicos que el mismo determine.

7) Establezco de manera expresa que el FOFEMI tiene como única obligación respecto a mí en esta instancia la del financiamiento del acto médico referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera de dicho acto médico/o quirúrgico.

8) Por último, hago constar que el Dr.(a) me ha explicado detenida y claramente el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como el/los diagnóstico(s) y/o terapéutico(s). Me ha dicho la(s) razón(es) por la(s) que este(os) procedimiento(s) es (son) necesario(s), así como los resultados esperados, incluyendo las posibles consecuencias de la no realización de los mismos, comprendiendo perfectamente y sin dudas las explicaciones dadas por el(la) médico tratante. He podido formular preguntas, las que me han sido satisfactoriamente contestadas.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA MÉDICO TRATANTE

Aclaración de firma

Aclaración de firma

Vínculo con el paciente si corresponde

FECHA ___/___/_____

ATENCIÓN: En caso de tratarse de menores de 18 años deberá firmar su padre, madre o tutor y si se trata de incapaces su curador, los que deberán acreditar al médico tratante su calidad de tales y se establecerá expresamente en este documento.