

HISTORIA CLINICA Nº:

Témperley, _____ de _____ de 20__

Por la presente, yo _____
(MADRE, PADRE O TUTOR AUTORIZADO) autorizo al equipo médico de Pediatría y Neonatología del Sanatorio Juncal S.A y a otros profesionales por ellos designados si hubiera necesidad, para llevar a cabo todas las medidas de diagnóstico y tratamiento que sean necesarias para la recuperación de mi hijo/a _____.

Reconozco haber recibido información completa sobre la condición actual de mi hijo/a y de haber tenido oportunidad de consultar sobre todas las dudas, así como de requerir toda la información necesaria de parte del Dr./Dra. _____.

Me declaro consciente de los riesgos que implica el uso de oxígeno en el recién nacido, fundamentalmente la posibilidad de complicaciones oculares severas en casos extremos o daño pulmonar. Asimismo declaro entender que la necesidad de administrar oxígeno se debe a que esta es la única forma de mantener las funciones vitales en recién nacido enfermos.

Autorizo también a los profesionales del Servicio de Pediatría y Neonatología a efectuar tratamientos de emergencia sin previa consulta conmigo, cuando tal urgencia determinara la posibilidad de muerte de mi hijo/a. Consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, eximo de toda responsabilidad a los médicos del Servicio de Pediatría y Neonatología del Sanatorio Juncal, por la ocurrencia de complicaciones imprevisibles.

Firmo este documento después de haberlo leído (o haberseme leído) y habiendo comprendido claramente su contenido, declaro que los espacios en blanco han sido rellenados antes de mi firma.

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REALIZÓ LA ADMISIÓN: _____

FIRMA: _____