

*CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS  
INTERVENCIONISTAS*

Fecha: .....  
Nombre y apellido del paciente: .....  
Edad: .....  
Tipo y número de documento: .....  
Cobertura:.....  
Protocolo nro.:.....

En el día de la fecha se me realizará una práctica quirúrgica ambulatoria intervencionista.

Tomo conocimiento de las complicaciones que me informan a continuación que podrían derivarse de la misma práctica, como:

- sangrado
- hipotensión
- hematuria
- proctorragia
- neumotórax (en punciones pulmonares)
- u otras que de ésta derivasen.

Doy mi consentimiento para que se me realice el estudio por el profesional actuante, conociendo la naturaleza y el propósito de ésta intervención, que se me ha explicado en forma satisfactoria, así como sus indicaciones y contraindicaciones. Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado sea el más satisfactorio.

La no realización de este procedimiento intervencionista queda a criterio de los profesionales actuantes.

CONSIENTO: SI o NO

Firma del paciente: .....

Aclaración.....