

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

BENEFICIOS ESPERABLES

CONSECUENCIAS SEGURAS

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente y los más significativos son:

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

