



Sanatorio Boratti

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE PUNCIÓN
BIOPSIA/DRENAJE BAJO CONTROL DE IMÁGENES

....., .../.../.....-

1. Yo(poner el nombre completo del paciente), por la presente autorizo al **Dr.**..... y a su equipo técnico a realizarme una práctica diagnóstica conocida como **punción biopsia/drenaje** de, que se realizará en el Servicio de Diagnóstico por imágenes de
.....(consignar el nombre completo del establecimiento asistencial), la cual fuese indicada por mi médico, Dr.
2. El procedimiento enunciado en el punto 1º me ha sido totalmente explicado por el especialista, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo; y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - * a) Este tipo de procedimientos habitualmente se realizan bajo anestesia local, por lo que manifiesto si/no padecer intolerancias a este tipo de drogas anestésicas.-----
 - * b) Las complicaciones que pueden originarse durante la realización de tomas biopsia por punción o drenaje de colecciones líquidas, son similares a las de cualquier otro tipo de operación, y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, infección, hiperpigmentación en la zona de la punción, hemorragias, otras:
 - * c) En ocasiones, la producción de una hemorragia intensa puede obligar a la realización de una operación de urgencia para evitar la producción de secuelas graves. Por lo tanto, autorizo y requiero que el profesional antes nombrado, o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo todos los procedimientos que la emergencia recomiende, incluyendo la realización de transfusiones de sangre. La autorización concedida bajo este punto c) se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice sus curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-----
3. Para el caso que se produzca la situación mencionada en el punto b), doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de anestesiólogos por él seleccionados y a usar dichas anestésicos como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.-----
4. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo.-----
5. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del procedimiento, siendo este material propiedad del especialista y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto para propósitos médicos o educacionales.-----
6. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la práctica realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, que me

será otorgada aproximadamente a los .. días del acto quirúrgico, así como informar en forma inmediata al especialista sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución



Sanatorio Boratti

7. normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular. -----
8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:
9. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al especialista a realizarme el procedimiento mencionado.-----

Firma del paciente:

Aclaración:.....

Documento:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio: