

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Art. 10 de la Ley General de Sanidad (25/4/1986).

D/Dña. mayor de edad, con D.N.I., vecino/a
de calle n°
teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el Dr./Dra.
en fecha/...../..... (y que me ha sido entregada la información) del procedimiento

.....
e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

A los facultativos del Servicio de

a que me practiquen el procedimiento mencionado al dorso y las pruebas complementarias necesarias. Soy conecedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona que autoriza (tutor legal o familiar)

.....

D.N.I. en calidad de

Firmo dos ejemplares en: a, de de

Firma paciente o persona autorizada:

Firma Facultativo: