

Nombre del paciente.....  
Nombre de los familiares / terceros.....  
Nombre del médico tratante: Dr. ....

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán. - También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. - (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie). -

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido a **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA – CONVENCIONAL**.

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.: .....

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescrito, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. - Los riesgos más destacables son los siguientes:

- SANGRADO
- INFECCIONES (intrabdominales y/o extrabdominales)
- BILIRRAGIAS (pérdida de bilis)
- ESTENOSIS BILIAR

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes:

.....  
.....  
.....

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas. -

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico de la institución a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades. -

Autorizo y consiento también la realización de transfusiones de sangre o la utilización de hemoderivados durante el procedimiento, si es que los profesionales intervinientes lo consideren necesario.

También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del procedimiento para ser utilizado con propósitos educacionales o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no será revelada en ninguno de estos medios o en los textos que lo acompañen.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento. -

Fecha: .....

Firma del paciente: .....

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma de familiares o allegados: .....

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico: .....