



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asunción, ____ de _____ de 20____.

Yo, _____ por la presente autorizo al **Dr. Miguel Mussi Becker** y a su equipo quirúrgico a realizarme una cirugía en mi cuerpo en la fecha ____/____/____.

He leído, comprendido y firmado las páginas del dossier informativo adjunto.

Declaro que la intervención a la que me someteré voluntariamente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudieran sobrevenir con motivo de la operación.

Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- 1) En el lugar de la incisión quedará una cicatriz, por lo que se tomarán los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
- 2) Las complicaciones que puedan originarse en intervenciones quirúrgicas como las que me realizaré son similares a las de cualquier tipo de operación.
- 3) Reconozco que, durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden requerir intervenciones extras o no previstas, por lo que autorizo y requiero que el profesional médico antes nombrado las realice, incluyendo procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc.
- 4) Autorizo a los cirujanos o a quienes ellos designen a realizar las curaciones y controles médicos necesarios durante el periodo postoperatorio.
- 5) Doy consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere necesaria o aconsejable por parte de los Cirujanos o los Médicos Anestesiólogos por ellos seleccionados. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones y lesiones.
- 6) Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que, aunque el médico me ha informado adecuadamente de los resultados deseados de la operación, no se me ha garantizado la obtención de los mismos en su totalidad.
- 7) Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo ese material propiedad del profesional médico pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educativos.
- 8) Me comprometo a cooperar en el cuidado y evolución de las intervenciones realizadas cumpliendo fielmente las indicaciones dadas por el médico hasta que posea el alta definitiva, así como informar en forma inmediata al médico sobre cualquier novedad, cambio o traumatismo sobre la zona operada que pudiera inferir en la evolución normal del postoperatorio de acuerdo con las explicaciones que los mismos me brindaron sobre el particular.
- 9) Doy consentimiento al desecho de tejidos, dispositivos médicos o partes del cuerpo que sean extraídas.
- 10) En definitiva, se me ha explicado todo sobre la cirugía que me realizarán, los procedimientos alternativos incluida la posibilidad de no operar, y los riesgos inherentes a la cirugía que decidí realizarme.

Manifiesto ser alérgico a: _____.

He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido en su totalidad, autorizando a los Cirujanos a realizarme la cirugía en mis mismas, proyectada en las consultas previas.

Todos los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.

Cédula de Identidad

Firma y Aclaración