



HOSPITAL RAMON Y CAJAL
 AREA SANITARIA 4
 28034 MADRID

APELLIDOS:

NOMBRE:

SERVICIO:

CAMA:

Nº HISTORIA

Fecha Ingreso:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

SERVICIO: CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

MEDICO QUE INFORMA: APELLIDOS:..... NOMBRE:

D./Dña. como paciente y/o D./Dña.
(como su representante legal).

HE SIDO INFORMADO sobre mi enfermedad, siendo el DIAGNOSTICO PROBABLE DE:
 por lo cual ha propuesto el tratamiento quirúrgico consistente en
 Explicándome que existen otros procedimientos quirúrgicos posibles como:
dependiendo de los hallazgos intraoperatorios.

Se me ha explicado que existen riesgos:

- **RIESGOS GENERALES:** Inherentes a toda intervención quirúrgica debidos a procedimientos anestésicos, reacciones transfusionales,. Reacciones alérgicas medicamentosas, lesiones accidentales de vasos, nervios, o vísceras, hemorragia, infección, infarto de miocardio, embolia de pulmón, lesiones posturales o debido a movilización etc.
- **RIESGO PROPIO** de la intervención quirúrgica planeada:

- **RIESGO PROPIO DEL PACIENTE** debido a enfermedades asociadas:

- **SE ME INFORMA** de la posibilidad de que existan secuelas asociadas al procedimiento quirúrgico,. Siendo en mi caso las mas probables.....

El paciente D./Dña. o su representante legal declara que:

- **HE RECIBIDO INFORMACION** sobre el procedimiento propuesto y sus posibilidades alternativas.
- **ESTOY SATISFECHO** con la información recibida y he tenido posibilidad de aclarar todas mis dudas sobre el tema.
- **CONCEDO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice los procedimientos anestésicos elegidos para dicho tratamiento, transfusiones sanguíneas si fuesen necesarias, procedimientos quirúrgicos necesarios a pesar de los riesgos de las posibles complicaciones y conozco mi derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la realización del procedimiento sin necesidad de tener que explicar sus causas.

Madrid,..... de de.....

EL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

EL MEDICO-INFORMANTE

HOJA DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

NO CONSIENTO y rechazo el procedimiento propuesto y al hacerlo libero al Servicio de Cirugía General y Digestivo de toda responsabilidad relativa a mi caso.

Madrid,..... de de

EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL

EL MEDICO-INFORMANTE

REVOCO el consentimiento previamente concedido

Madrid, de de

EL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

EL MEDICO-INFORMANTE

