



Universidad de Buenos Aires – Instituto de Investigaciones Médicas “Alfredo Lanari”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÁCTICAS O PROCEDIMIENTOS

Buenos Aires..... de..... 20.....

Por la presente yo.....,
de nacionalidad ,deaños de edad, de estado civil
....., domiciliado/a en la calle
N°..... piso..... Dpto....., de la localidad
DNI CI LE LC N°.....

AUTORIZO a los profesionales del equipo de Salud del Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari a efectuar cualquier procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a juicio de los nombrados se estime conveniente, habiéndose explicado y tomado conocimiento de los eventuales riesgos que pudieran sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención que a continuación se detalla:

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

Asimismo declaro que, he recibido por parte del profesional interviniente, información clara, completa y sencilla respecto a mi estado de salud, las consecuencias de la no realización del procedimiento y reconozco que a pesar que se me ha informado adecuadamente sobre los objetivos y beneficios deseados del tratamiento, no es posible garantizar el resultado o cura con el tratamiento y/o intervención a que seré sometido.

Manifiesto también que, se me ha informado respecto al derecho que me asiste en cuanto a aceptar o rechazar tratamientos o procedimientos biológicos y el derecho de revocar mi decisión anterior de acuerdo a lo establecido en las leyes 26.529 y 26.742.

AUTORIZO a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la internación para control, la administración de anestesia y la realización de estudios de laboratorio, anatomo-patológicos, radiografías y transfusiones, facultando asimismo al patólogo a examinar todo tejido, órgano o miembro que ellos extraigan de la operación o biopsia que se practique. Siendo que este establecimiento es un centro de

Av. Combatientes de Malvinas 3150 – CP (1427) – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: 4514-8701/04

www.lanari.fmed.uba.ar



Universidad de Buenos Aires – Instituto de Investigaciones Médicas “Alfredo Lanari”

formación académica, autorizo también a ser examinado por alumnos universitarios supervisados por el docente correspondiente.

Notifico haber sido informado que en caso de recibir anestesia debo retirarme acompañado, no manejar automóvil, y permanecer en reposo el día del procedimiento.

Declaro que he leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente.

Firma del paciente
Aclaración de la firma
Documento

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ

Por el presente dejo constancia que concuro a firmar 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 los mismos.

Firma	Firma
Aclaración	Aclaración
Vínculo con el paciente o representación que ejerce.....	Vínculo con el paciente o representación que ejerce.....
Documento.....	Documento.....
Domicilio.....	Domicilio.....
Teléfono.....	Teléfono.....