

TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PROPUESTO

Fecha: _____ IMAE: _____

Nombre del paciente: _____ C.I.: _____

Edad: ____ Domicilio: _____ Tel.: _____

Nombre del médico: _____ C.I.: _____

Información sobre la patología del paciente, evolución prevista y complicaciones posibles:

Otras alternativas de tratamiento:

Descripción del tratamiento propuesto:

Riesgos y posibles complicaciones del tratamiento propuesto:

DERECHO A NO CONSENTIR O RETIRAR EL CONSENTIMIENTO: Se me informa que puedo no consentir la realización del referido tratamiento y que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo revocar este consentimiento.

PARTICIPACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS: Establezco de manera expresa que el FNR tiene como única obligación respecto a mí, en esta instancia, el financiamiento del acto referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera de dicho acto médico siempre que el mismo se encuentre dentro de su normativa de cobertura y se realice dentro de los protocolos vigentes.

EXPLICACIONES: Por último, hago constar que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, permitiéndome el médico informante hacer todas las observaciones y consultas que estimé necesarias y aclarándome las dudas que he planteado.

CONDICIONES DEL PACIENTE QUE IMPIDEN RECABAR SU CONSENTIMIENTO: En caso de que a juicio del médico existan condiciones que impidan recabar el consentimiento al paciente, el médico debe detallar los motivos a continuación y recabar la firma de un familiar, todo bajo su responsabilidad:

Nombre del familiar: _____ C.I.: _____

Edad: ____ Grado de parentesco: _____ Firma: _____

Firma del paciente

Firma del médico tratante

(*) En caso de tratarse de menores de 18 años debe firmar padre, madre, tutor o curador, los que deberán acreditar al médico tratante su calidad de tales y se establecerá expresamente en este documento