



Fecha: ____/____/____

Cufre 1773 – Montevideo
Tel.: 24038155 – Ints. 1130-1131
fopremi@fopremi.com.uy

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACTO MÉDICO SOLICITADO (marcar con x) :

RADIOCIRUGÍA

RADIOTERAPIA ESTEREOTAXICA FRACCIONADA

1) Dejo constancia que he sido adecuada y debidamente Informado respecto del acto médico/quirúrgico al que seré sometido, así como de las razones que lo motivan y de los riesgos y complicaciones que del mismo surgen o se derivan, lo que -por lo tanto- no permite asegurar un resultado.

2) Autorizo a su vez al equipo médico a disponer y proveer todo servicio médico adicional que considere necesario, incluyendo la administración de anestesia, medicación, transfusión de sangre u otros requeridos para el procedimiento indicado.

3) También autorizo la realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos adicionales urgentes considerados terapéuticamente necesarios por el equipo médico, frente a situación de complicación, y siempre que los mismos no permitan recabar un nuevo consentimiento.

4) Dejo constancia que consiento y elijo el tratamiento por mi propia voluntad, en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones emergentes del acto médico al que seré sometido.

5) Autorizo a que el acto médico al que seré sometido me sea realizado en el centro asistencial indicado oportunamente por FOPREMI. Asimismo, autorizo a que el referido centro asistencial integre el equipo médico que tendrá a su cargo

la realización del acto específico con los técnicos que el mismo determine.

7) Establezco de manera expresa que FOPREMI tiene como única obligación respecto a mí, en esta instancia, la del financiamiento del acto médico referido y cumplirá satisfactoriamente la misma con la cobertura financiera de dicho acto médico/o quirúrgico.

8) Por último, hago constar que el Dr.a)
....., me ha explicado detenida y claramente la razón por la que este procedimiento es necesario, así como los resultados esperados, incluyendo las posibles consecuencias de la no realización del mismo, comprendiendo perfectamente y sin dudas las explicaciones dadas por el médico tratante.

9) He podido formular preguntas, las que me han sido satisfactoriamente contestadas.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

Aclaración de firma: _____

FIRMA MÉDICO TRATANTE: _____

Aclaración de firma: _____

FECHA ___/___/_____

ATENCIÓN: En caso de tratarse de menores de 18 años deberá firmar su padre, madre o tutor y si se trata de incapaces su curador, los que deberán acreditar al médico tratante su calidad de tales y se establecerá expresamente en este documento.