

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### BLOQUEO ESPINAL

Yo \_\_\_\_\_ por el presente, doy mi consentimiento para someterme al procedimiento, diagnóstico, tratamiento y / o cirugía conocida con el nombre de BLOQUEO ESPINAL a ser realizado por el Dr. \_\_\_\_\_

Soy consciente de que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y se me ha explicado la naturaleza, el objetivo de lo que se me propone, incluyendo los riesgos significativos y alternativos disponibles, me hallo satisfecho/a con estas explicaciones y las he comprendido.

No se me dio ninguna garantía con relación al resultado de esta cirugía y me encuentro satisfecho/a con el procedimiento quirúrgico y he tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal previa.

Autorizo la realización de todo otro procedimiento, tratamiento o intervención adicionales o alternativos que en la opinión del cirujano sean inmediatamente necesarios. Doy mi consentimiento a ser fotografiado y/o filmado antes, durante y después del tratamiento siendo el material obtenido propiedad del profesional responsable a cargo. Autorizo a que dicho material sea publicado en revistas científicas y/o exhibido para propósitos médicos o educacionales, a condición de que mi identidad no sea revelada.

Acepto que a su criterio, el especialista sea asistido por cirujanos, clínicos y/o anestelistas de su equipo y/o institución y que les permita ordenar o realizar todo o parte del procedimiento, diagnóstico, tratamiento u operación con las mismas facultades para la realización del procedimiento o tratamiento a realizar.

Asimismo, consiento la administración de los analgésicos que se consideren necesarios. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia y tales riesgos me han sido completamente explicados.

Presto mi libre y voluntario consentimiento al respecto, dejando constancia de que retiro copia del presente documento.

Mendoza, \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración

DNI: