

**Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 24-4-1986, aptdo. 6 del artículo 10 que dice textualmente “...siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...”,**

Yo, D/D<sup>a</sup> ..... con DNI.....

como paciente.o D/D<sup>a</sup> ..... con

DNI.....Como su representante, en pleno uso de mis facultades libre y voluntariamente

**DECLARO** que he sido informado por el **DR. JAIME CARBONELL CASASUS, con N° DE COLEGIADO 4313**, de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a practicar, así como las consecuencias que se derivan de la no realización de la misma.

Asimismo he sido informado de las complicaciones relacionadas con la intervención y conozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas

En consecuencia **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO**

Firma del paciente

Firma del médico

---

### **TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

D/D<sup>a</sup> ..... Con DNI .....

Y en calidad de..... es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume las responsabilidades de la decisión. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento que podré retirar cuando desee.

Firma del tutor o familiar

---

Por la presente **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones, que sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar, y por consecuencia las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha