CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA PARA **MAYORES DE 16 AÑOS**

En la ciudad de Rosario a los …... días del mes de..... de 20..... dejo constancia que he sido entrevistado por el Dr. …..... integrante del Servicio de Anestesiología de ……, respecto de mis antecedentes, costumbres de vida y demás cuestiones que hacen a mi salud, en la visita preanestésica, a la que he concurrido declarando que asumo la plena veracidad de los dichos allí expuestos.

A su vez el profesional me informó que en virtud de la intervención quirúrgica de ..... que me ha sido indicada y de he decidido someterme y la práctica anestesiológica que es más conveniente para estos casos será ..... brindándome todas las explicaciones sobre la misma. Me refiere, además, que otras técnicas anestésicas – las que me relata – no son aconsejables para dicha cirugía por las razones que expone y escucho con atención. En consecuencia presto mi conformidad para que la práctica anestesiológica solicitada sea la que me sugiere más arriba. Igualmente, en base a los riesgos que puede implicar mi operación, autorizo al Médico Anestesiólogo del equipo que me realice la práctica anestesiológica para que pueda complementar o variar de técnica si las circunstancias en quirófano así lo indican.-

También tomo conocimiento, y presto conformidad, para que el Médico Anestesiólogo que me realizará la práctica anestesiológica sea el que designe el Servicio según los requerimientos horarios, de turnos, o de cualquier otro tipo prestando mi conformidad para que cualesquiera de los que integran dicho Servicio realice la anestesia que requeriré en mi intervención quirúrgica.-

Dicha práctica anestesiológica tiene, y así mismo lo asumo, algunos riesgos que me fueron también concretamente y puntualmente explicados. Por lo expuesto, conociendo perfectamente los riesgos a los que me someto ratifico mi consentimiento para que sea efectuada la práctica anestesiológica, como llevo dicho, por cualquier Médico Anestesiólogo del Servicio.-

He hecho, y me han sido respondidas, todas las preguntas que hacen al acto anestésico y sus consecuencias, dándome por satisfecho con las explicaciones brindadas por el Médico Anestesiólogo que realizó la consulta preanestésica.

Como constancia firmo el presente consentimiento informado en dos copias en el lugar y fecha consignado en el encabezamiento según lo dispuesto en los Artículos 25, 26 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.-

Observaciones:

….....	….....
Firma del Paciente	Firma del acompañante
….....	….....
Aclaración	Aclaración
DNI N ….....	DNI N ….....