CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA PARA **MENORES ENTRE 13 Y 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, junto con mis padres que firman al pie, declarando que asumo la plena veracidad de los dichos allí expuestos.

A su vez el profesional nos informó, a mis padres y a mí, que en virtud de la intervención quirúrgica de ..... que me ha sido indicada y a la que he decidido someterme – contando con la asistencia y acuerdo de mis padres - la práctica anestesiológica más conveniente para estos casos es ..... brindándo, a mis padres y a mí, todas las explicaciones sobre la misma. Refiere, además, que otras técnicas anestésicas – las que relata – no son aconsejables para dicha cirugía por las razones que expone y escuchamos con atención. En consecuencia presto mi conformidad, contando para ello con la asistencia y conformidad de mis padres, para que la práctica anestesiológica solicitada sea la que es sugerida más arriba. Igualmente, en base a los riesgos que puede implicar mi operación, autorizo, con la asistencia y conformidad de mis padres, 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, (siempre con la conformidad de mis padres) 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 aun así lo asumimos en conjunto con mis padres, algunos riesgos que nos 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 lo cual también es asentido por mis padres.-

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

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

Observaciones:

….....	….....
Firma del Paciente Menor de Edad	Firma de los Padres
….....	….....
Aclaración	Aclaraciones
DNI N ….....	DNI N ….....