

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIOLOGIA PARA MENORES DE 13 AÑOS

En la ciudad de Rosario a los días del mes de..... de 20..... dejamos constancia que hemos sido entrevistados por el Dr. integrante del Servicio de Anestesiología de, respecto de los antecedentes, costumbres de vida y demás cuestiones que hacen a la salud de nuestro hijo/a....., en la visita preanestésica, a la que hemos concurrido, declarando que asumimos la plena veracidad de los dichos allí expuestos.

A su vez el profesional nos informó que en virtud de la intervención quirúrgica de que le ha sido indicada a nuestro hijo/a a la que hemos decidido someterlo/a, la práctica anestésiológica que es más conveniente para estos casos es brindándonos todas las explicaciones sobre la misma. Nos 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 prestamos nuestra total conformidad para que la práctica anestésiológica solicitada sea la que nos ha sugerido más arriba. Igualmente, en base a los riesgos que puede implicar esta operación, autorizamos al Médico Anestesiólogo del equipo que realice la práctica anestésiológica para que pueda complementar o variar de técnica si las circunstancias en quirófano así lo indican.-

También tomamos conocimiento de que el Médico Anestesiólogo que realizará la práctica anestésiológica será el que designe el Servicio según los requerimientos horarios, de turnos, o de cualquier otro tipo prestando nuestra conformidad para que cualesquiera de los que integran dicho Servicio realice la anestesia que se requerirá en la intervención quirúrgica de nuestro hijo/a.-

Dicha práctica anestésiológica tiene, y así mismo lo asumimos, algunos riesgos que nos fueron también concretamente y puntualmente explicados. Por lo expuesto, conociendo perfectamente los riesgos a los que se quedará expuesto nuestro hijo/a, ratificamos nuestro consentimiento para que sea efectuada la práctica anestésiológica, como llevamos dicho, por cualquier Médico Anestesiólogo del Servicio.-

Hemos hecho, y nos han sido respondidas, todas las preguntas que hacen al acto anestésico y sus consecuencias, dándonos por satisfechos 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 Artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.-

Dejamos constancia que nuestro hijo/a, dada su edad, ha sido escuchado/a y se le explicó, con términos sencillos y claros, los alcances de la anestesia a la que será sometido/a y así dejamos debida constancia en el presente.-

Observaciones:

.....
Firma del Padre

.....
Firma de la Madre

.....
Aclaración

.....
Aclaración

DNI N

DNI N