

Formulario de consentimiento

Denominación del examen o tratamiento:

Después de la conversación informativa que he mantenido y las respuestas dadas a mis preguntas, acepto, tras reflexionar, el examen o tratamiento arriba mencionado. He sido informado/a de su naturaleza y de su finalidad. Asimismo el/la médico me ha informado de los beneficios, los riesgos y las posibles complicaciones, así como de las posibles alternativas a la intervención.

Firma del/de la paciente:

o del representante legal o terapéutico*:

Apellido y nombre (en letras mayúsculas):

Fecha:

* Deberá obtenerse la firma del/de la paciente, salvo en caso de urgencia o de incapacidad de discernimiento.

Servicio: Tel. :

El/La Dr(a) (apellido y nombre en letras mayúsculas), ha explicado al/a la paciente la naturaleza, la finalidad, los beneficios, los riesgos y las alternativas al examen o tratamiento. Igualmente le ha ofrecido la posibilidad de realizar todas las preguntas deseadas y las ha respondido totalmente.

Fecha: Firma del médico:

Tipo de información dada:

Conversación informativa

Folleto, hoja informativa o vídeo

Título:

El presente documento firmado deberá formar parte del historial del paciente. Una copia del mismo deberá ser entregada al/a la paciente.