

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRONCOSCOPIA

Autorizo al Dr. /Dra _____ y a su equipo médico a realizar procedimientos endoscópicos y a efectuar otra intervención que considere necesaria, tanto por afecciones previas o imprevistas que puedan surgir por el mismo.

Autorizo la administración de fármacos anestésicos en mi persona que se consideren necesarios para realizar dicho procedimiento.

Autorizo el uso de los Servicios de Radiología, Laboratorio y Patología que considere necesarios para arribar al diagnóstico final.

Me han sido explicados detalladamente la naturaleza y propósito de los procedimientos y la anestesia, posibles métodos alternativos y riesgos de posibles complicaciones en que se incurre.

Se me ha explicado que el procedimiento no implica garantías ni seguridad de resultados de cura.

He leído y comprendido el contenido de cada párrafo.

Nombre y Apellido: _____ **Edad:** _____

Tel.: _____ **Dirección:** _____

DNI.: _____ **Obra Social:** _____

FIRMA PACIENTE

FIRMA FAMILIAR

DNI PACIENTE

DNI FAMILIAR

En _____ de _____ de 20__