



SANATORIO MATER DEI
HERMANAS DE MARÍA DE SCHÖNSTATT
CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Doctor/a _____ ha dado una pormenorizada explicación acerca de mi estado de salud actual y de:

a) La naturaleza del procedimiento propuesto:

b) Sus Beneficios:

c) Sus riesgos:

d) Sus alternativas, incluida la de no hacer nada:

He podido reflexionar lo suficiente acerca de lo expuesto, a la vez que he podido formular todas las preguntas que tanto yo como mis familiares directos hemos querido hacer para aclarar todas las dudas surgidas.

Por todo lo antedicho, autorizo al doctor/a _____ Y a los colaboradores que éste/a designe a llevar a cabo el procedimiento propuesto.

En la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ de _____.

Firma del paciente o representante legal

Aclaración

DNI

Firma del médico de cabecera

Aclaración

DNI
Mat.Prof.