CONSENTIMIENTO PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

HISTORIA CLINICA Nº:

Rio Grande, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20\_\_

Por la presente, yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(MADRE, PADRE O TUTOR AUTORIZADO) autorizo al equipo médico de Pediatría y Neonatología del Sanatorio Fueguino S.R.L. y a otros profesionales por ellos designados si hubiera necesidad, para llevar a cabo todas las medidas de diagnósticos y tratamientos que sean necesarias para la recuperación de mí hijo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reconozco haber recibido información completa sobre la condición actual de mi hijo/a y de haber tenido oportunidad de consultar sobre todas las dudas, así como requerir toda la información necesaria de parte del Dr./Dra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me declaro consciente de los riesgos que implica el uso de oxigeno en el recién nacido, fundamentalmente la posibilidad de complicaciones oculares severas en casos extremos o daño pulmonar. Asimismo declaro entender que la necesidad de administrar oxigeno se debe a que esta es la única forma de mantener las funciones vitales en recién nacido enfermos.

Autorizo también a los profesionales del servicio de Pediatría y Neonatología a efectuar tratamientos de emergencia sin previa consulta conmigo, cuando tal urgencia determinara la posibilidad de muerte de mi hijo/a. Consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, eximo de toda responsabilidad a los médicos del Servicio de Pediatría y Neonatología del Sanatorio Fueguino, por la ocurrencia de complicaciones imprevisibles.

Firmo este documento después de haberlo leído (o habérseme leído) y habiendo comprendido claramente su contenido, declaro que los espacios en blanco han sido rellenados antes de mi firma.

Nombre del Padre, Madre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y Número de documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Medico que realizo la Admisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_