……………………………., …….. de ……………………………… de 20….

DIA MES

(CIUDAD)

……:……

(HORA)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL RECEPTOR**

Yo, …………………………….….…….…………..……………………………..; con CC:……………………………..; libre, en forma voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y de conformidad a lo determinado en la Constitución de la República, Ley Orgánica de Salud y más normativa legal vigente, declaro que he sido valorado/a por el Equipo Médico del …......................................................................como receptor de trasplante con donante …………………………………………………… y que dentro de este proceso he sido informado razón por la cual he firmado los documentos de consentimiento informados para cada uno de los procedimientos que requirieron para la valoración.

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

(VIVO/CADAVERICO)

(NOMBRE DEL SERVICIO DE SALUD ACREDITADO)

Me ha explicado ampliamente la naturaleza y el propósito del procedimiento quirúrgico; y que su objetivo es mejorar mi calidad de vida y/o mi supervivencia, así como sus posibles riesgos y complicaciones. Soy consciente que no existen garantías absolutas que el resultado de la operación sea satisfactorio.

Se me ha explicado que existen otras alternativas ………………..……………………………… de mi condición, pero que en mi caso los profesionales médicos consideran que el trasplante de ………………………….………………… es la mejor opción.

(TERAPÉUTICA/PALIATIVA)

(ORGANO/ TEJIDO/CELULA)

He leído y comprendido la información que me ha explicado el médico tratante sobre el procedimiento, respecto a:

* Nombre del procedimiento quirúrgico:……………………………………………………………………….. ……….…………………………………………………………………………………………………………………………..…
* En que consiste el procedimiento quirúrgico:………………………………………………………………… ………….……………………………………………………………………………….……….……….……….……….…….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Duración aproximada:…………..………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Beneficios : …………………………..………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Riesgos:…………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Recuperación: ………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Posibles complicaciones post operatorias: ……………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Cuidados postrasplante necesarios:………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Periodicidad de controles: ……………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento.

Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Por todas y cada una de las consideraciones expuestas doy mi consentimiento libre y voluntario para que:

1. Se me realice la operación descrita por los profesionales acreditados.
2. En la operación participen profesionales de la salud en procesos de formación o capacitación. Quedando bajo responsabilidad del jefe del equipo quirúrgico la supervisión y actuación de los participantes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del profesional acreditado Cédula de ciudadanía Firma, sello y código del profesional

***Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante

Parentesco*:…………………………………………………………..*