

ACTAS

DE

CONSENTIMIENTO

ACTAS DE
CONSENTIMIENTO
PARA
ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Acta de Autorización para la Atención de Emergencia

El / la que suscribe, con domicilio en la calle No. piso, de la localidad de, teléfono, propietario/a del, sexo, edad años/meses, raza y pelaje presta su conformidad y autoriza al Médico Veterinario y a quienes éste designe para prestar atención médica de emergencia al paciente cuyos datos han sido especificados precedentemente.

El honorario **estimado** de la atención es de \$....., importe que el/la firmante declara aceptar y que se compromete a abonar al término de la misma, así como los gastos por materiales descartables y drogas necesarias; que no se hallan incluidos en los honorarios mencionados.

Certifica con su firma que ha leído y comprendido la presente autorización.

.....
Firma del propietario

.....
Aclaración de puño y letra

Documento de identidad: CI, DNI

Fecha:/...../.....

ACTAS DE

CONSENTIMIENTO

QUIRURGICOS

Acta de Autorización Quirúrgica

El / la que suscribe con domicilio en la calle No. piso de la localidad de teléfono propietario/a del sexo edad años/meses. raza y pelaje presta su conformidad y autoriza al Médico Veterinario y a quienes este designe para intervenir quirúrgicamente al paciente cuyos datos han sido especificados precedentemente para realizar y todo otro procedimiento intraquirúrgico destinado a salvaguardar la vida del paciente y/o mejorar los resultados de la operación.

Asimismo deja constancia que le han sido explicados y conoce los riesgos que implica para la vida del paciente el sometimiento a dicho acto quirúrgico, así como los resultados esperados y las posibles complicaciones.

Los honorarios de la intervención se han estipulado en \$ o u\$s importe que el/la firmante declara aceptar y que se compromete a abonar al término de la misma, así como los gastos por material descartable, suturas, drogas anestésicas, etc.; que no se hallan incluidos en los honorarios mencionados.

Certifica con su firma que ha leído y comprendido la presente autorización.

.....
Firma del propietario

.....
Aclaración de puño y letra

Documento de identidad: CI,DNI **Fecha:**/...../.....

Acta de Autorización Quirúrgica

El / la que suscribe con domicilio en la calle No. piso de la localidad de teléfono propietario/a del sexo edad años/meses, raza y pelaje presta su conformidad y autoriza al Médico Veterinario y a quienes este designe para intervenir quirúrgicamente al paciente cuyos datos han sido especificados precedentemente para realizar y todo otro procedimiento intraquirúrgico destinado a salvaguardar la vida del paciente y/o mejorar los resultados de la operación.

Asimismo deja constancia que le han sido explicados y conoce los riesgos que implica para la vida del paciente el sometimiento a dicho acto quirúrgico, así como los resultados esperados y las posibles complicaciones.

Los honorarios de la intervención se han estipulado en \$ o u\$s, importe que el/la firmante declara aceptar y que se compromete a abonar al termino de la misma, así como los gastos por material descartable, suturas, drogas anestésicas, etc.; que no se hallan incluidos en los honorarios mencionados.

Certifica con su firma que ha leído y comprendido la presente autorización.

.....

Firma del propietario

.....

Aclaración de puño y letra

Documento de identidad: CI,DNI **Fecha:**/...../.....

ACTAS

DE

CONSENTIMIENTO

PARA ACTOS

TERAPEUTICO-QUIRURGICOS



Entidad Adherida a E.E.V.A.

**CONSEJO PROFESIONAL
DE MÉDICOS VETERINARIOS
DE LA PROVINCIA DEL CHACO
(LEY N° 576/64)**

CONSENTIMIENTO TERAPEUTICO-QUIRURGICO

El que suscribe (apellido y nombre)

Documento de Identidad Tipo: Número: con domicilio en la calle

N° Piso Tel de la localidad de

En su carácter de PROPIETARIO, presta su debido consentimiento por intermedio de la presente, al Dr.

Mat. Prof. N° del Colegio de Médicos Veterinarios de la Provincia

a los Médicos Veterinarios por él elegidos a efectuar en el animal de la Especie

Raza Sexo Edad Tamaño

Pelaje Color Señales Particulares

y que responde al Nombre de los siguientes procedimientos

terapéuticos-quirúrgicos (tachar lo que no corresponda)

Facultándolos a efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico-quirúrgico que a juicio de los nombrados se estime conveniente, habiendo tomado conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de los mismos y notificándome expresamente tal como se me ha informado de las probables complicaciones o efectos secundarios que pudieran ocurrir, asumiendo de mi parte sin objeciones las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a su vez a disponer y proveer toda práctica o servicio adicional que crean necesarios, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de servicios patológicos, radiológicos, etc.-

Lugar y Fecha

.....
Firma y Aclaración del Propietario

.....
Firma y sello del Médico Veterinario



Entidad Adherida a F.E.V.A.

**CONSEJO PROFESIONAL
DE MEDICOS VETERINARIOS
DE LA PROVINCIA DEL CHACO
(LEY N° 576/64)**

CONSENTIMIENTO TERAPEUTICO-QUIRURGICO

El que suscribe (apellido y nombre)

Documento de Identidad Tipo: Número: con domicilio en la calle

N° Piso Tel de la localidad de

En su carácter de PROPIETARIO, presta su debido consentimiento por intermedio de la presente, al Dr.

..... Mat. Prof. N° del Colegio de Médicos Veterinarios de la Provincia

..... a los Médicos Veterinarios por él elegidos a efectuar en el animal de la Especie

Raza Sexo Edad Tamaño

Pelaje Color Señales Particulares

y que responde al Nombre de los siguientes procedimientos

terapéuticos-quirúrgicos (tachar lo que no corresponda)

.....
Facultándolos a efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico-quirúrgico que a juicio de los nombrados se estime conveniente, habiendo tomado conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de los mismos y notificándome expresamente tal como se me ha informado de las probables complicaciones o efectos secundarios que pudieran ocurrir, asumiendo de mi parte sin objeciones las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a su vez a disponer y proveer toda práctica o servicio adicional que crean necesarios, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de servicios patológicos, radiológicos, etc.-

Lugar y Fecha

.....
Firma y Aclaración del Propietario

.....
Firma y sello del Médico Veterinario

ACTAS

DE

CONSENTIMIENTO

PARA

EUTANASIA

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA EUTANASIA

El que suscribe.....DNI/LE/LC.....
Con domicilio en calle.....Nº.....Piso.... Dpto.....de la localidad
deProvincia en carácter de
Propietario y/o tenedor responsable del animal de la especie.....
Raza.....sexo.....edad..... peso aproximado.....
Pelaje.....color.....identificación.....
Que responde al nombre de

Solicita y otorga por el presente el debido consentimiento al medico veterinario
Dr.....matrícula profesional.....con domicilio en
.....para practicar la eutanasia al animal descrito,
en los términos de la declaración universal de los derechos del animal del
15/10/78 (art.3 inc. b).

A sus efectos declara bajo juramento que el animal a sacrificarse no ha
mordido a terceros durante los 10 días anteriores a la firma del presente
documento, con conocimiento de que el ocultamiento o falsedad de estas
circunstancias lo hace pasible de las sanciones que determina la ley, sin
perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pueda corresponder.

Se conviene de la siguiente manera el destino del cadáver:

Retira el solicitante para cremación / entierro

Se trata como residuos patológicos, según las normas vigentes

Tramite a cargo del profesional/ del solicitante

(tachar lo que no corresponda)

.....
Firma y aclaración
Propietario y/o tenedor responsable

Dejo constancia haber practicado la eutanasia en los términos solicitados
detallando el diagnóstico y consideraciones que justifican la determinación a
saber.

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma, sello y matrícula del profesional

ACTA DE EUTANASIA

Por la presente, el/la Señor/a

Tipo y N° doc. de identidad:

Domicilio:

N°

Localidad:

C. P.:

Teléfonos:

Propietario del animal:

Nombre:

Especie:

Raza:

Sexo:

Edad:

Pelaje:

autoriza al suscripto Dr/Dra

MP N°

a practicar la EUTANASIA del animal mencionado, de conformidad con la técnica profesional habitual.

lo cual justifica plenamente la medida a adoptarse.

El dueño del animal declara bajo juramento que el animal a sacrificarse no ha mordido por un lapso no menor a los diez días precedentes a la firma del presente, haciéndole saber que en caso de falsedad u ocultación de dichas circunstancias será pasible de las sanciones que determine el art. 9° de

En prueba de conformidad, se firma un solo ejemplar en la localidad

Fecha:

Firma

aración de puño y letra:.....



Entidad Adherida a F.E.V.A.

**CONSEJO PROFESIONAL
DE MÉDICOS VETERINARIOS
DE LA PROVINCIA DEL CHACO
(LEY N° 576/64)**

Acta de Autorización para Eutanasia

N°

El / La que suscribe.....

Con domicilio en la calle.....

de la localidad de..... Provincia..... Tel.:.....

Propietario/a del..... especie.....

Raza..... Sexo..... Pelaje.....

Presta conformidad y autoriza al Médico Veterinario.....

para realizar la eutanasia del paciente cuyos datos han sido especificados precedentemente y que se encuentra afectado de.....

.....Se deja constancia que, sometido el paciente al tratamiento correspondiente, no se ha logrado la recuperación del mismo. Certifica con su firma que ha leído y comprendido la presente y declara que no tiene conocimiento que el animal haya mordido o lesionado a persona alguna en los últimos días, no solicita estudios post-mortem y se compromete a disponer del cadáver.

FIRMA DEL PROPIETARIO:.....

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:.....

LUGAR Y FECHA:.....

ACLARACION DE PUÑO Y LETRA:.....

.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO TERAPEUTICO QUIRURGICO Y/O INTERNACION**

El que suscribe.....DNI/LE/LC.....
Con domicilio en calle.....Nº.....Piso.....Dpto.....de la localidad
de.....Provincia....., en carácter de
Propietario y/o tenedor responsable del animal de la especie.....
Raza.....sexo.....edad..... peso aproximado.....
Pelaje.....color.....identificación.....
Que responde al nombre de.....
Presta el debido consentimiento al medico veterinario Dr.....
matricula profesional.....y su equipo con domicilio en
.....para practicar
en el animal descrito, los siguientes procedimientos quirúrgicos y /o posterior
internación.....

Dejo constancia que se me ha explicado detalladamente la naturaleza y propósitos del acto medico, las características del procedimiento a aplicar y se me ha informado también acerca de posibles beneficios del mismo, incluyendo los riesgos que puedan existir, las complicaciones que pueden presentar por causas previsibles o eventuales, y las alternativas disponibles. He comprendido estas explicaciones y se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las que han sido contestadas en forma completa y satisfactoria.

Consiento la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervención adicionales o alternativos con aval científico, que en la opinión del profesional interviniente en la cirugía, post operatorio o tratamiento resulten necesarios. Declaro que no conozco causa alguna preexistente que afecte al animal y pueda impedir o incidir negativamente en la realización de la práctica o tratamiento.

Observaciones:.....
.....
.....

Lugar y fecha.....

.....
Firma y aclaración propietario o tenedor responsable

.....
Firma, sello y matricula Médico Veterinario



DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

UNIDAD ACADEMICA ASOCIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA U.N.N.E.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSENTIMIENTO PARA UN TRATAMIENTO**

1- Yo.....

Presto mi consentimiento para que en mi se practique: **HISTERECTOMIA**

He comprendido completamente como es el procedimiento porque el Dr. Augusto Luis Ferrero me ha explicado que el mismo consiste en la extirpación del útero.

Entonces he tomado mi decisión de aceptar voluntariamente ser sometido al mismo.

2. También he comprendido que este procedimiento está asociado con algunos riesgos, pero Yo los acepto y asumo libremente pues se me explicó que los mismos consisten en: Cicatrices viciosas, hematomas, infección de las heridas, hemorragias intra y postoperatorias, fistulas intestinales, dehiscencias de suturas, lesión intestinal, lesión de órganos vecinos macizos o huecos, lesión de uréteres, lesión de vejiga, lesión de anexos, evisceraciones, eventraciones, tromboembolismo pulmonar, sepsis, fallas cardíacas, fallas respiratorias, reintervenciones quirúrgicas.

Inclusive también se me ha explicado y he comprendido que el procedimiento tiene posibles beneficios, y no se me prometió o garantizó poderlos obtener.

3- Las alternativas razonables de este procedimiento también me han sido explicadas a mi satisfacción y me han sido contestadas todas las preguntas que realice a mi entera satisfacción.

4- En consecuencia autorizo a mi medico tratante Dr. Augusto Luis Ferrero para que realice este procedimiento y he comprendido que para ello deberá ser asistido por otros profesionales de la salud tales como: ANESTESIOLOGO, CARDIOLOGO, MEDICOS CIRUJANOS AYUDANTES, MEDICOS DE TERAPIA INTENSIVA

y por algunos otros que él considere necesarios para el cuidado de mi salud, tales como: INSTRUMENTADORA, BIOQUIMICOS, KINESIOLOGOS, ENFERMERAS.

Yo estoy de acuerdo con esa participación

5- En prueba de mi conformidad a lo expresado y de mi consentimiento a este procedimiento firmo la siguiente autorización para ello

6- Firma Paciente

7- Firma Testigo

8- Firma representante
(en su caso)

9- Firma medico

10- Fecha
30 / 03 / 06

Hora



SANATORIO FRANGOLI DE SALUD 1988 S.R.L.
Córdoba 198 Resistencia (CP: 3500) Chaco Argentina
Tel. y Fax: (54) 3722-445901/03 Urgencias: 444333
CUIT : 30-67019863-0

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

UNIDAD ACADEMICA ASOCIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA U.N.N.E.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSENTIMIENTO PARA UN TRATAMIENTO

1- Yo.....

Presto mi consentimiento para que en mi se practique: **HISTERECTOMIA**

He comprendido completamente como es el procedimiento porque el Dr. *Dr. [Signature]* me ha explicado que el mismo consiste en la extirpación del útero.

Entonces he tomado mi decisión de aceptar voluntariamente ser sometido al mismo.

2. También he comprendido que este procedimiento está asociado con algunos riesgos, pero Yo los acepto y asumo libremente pues se me explicó que los mismos consisten en: Cicatrices viciosas, hematomas, infección de las heridas, hemorragias intra y postoperatorias, fistulas intestinales, dehiscencias de suturas, lesión intestinal, lesión de órganos vecinos macizos o huecos, lesión de uréteres, lesión de vejiga, lesión de anexos, evisceraciones, eventraciones, tromboembolismo pulmonar, sepsis, fallas cardiacas, fallas respiratorias, reintervenciones quirúrgicas.

Inclusive también se me ha explicado y he comprendido que el procedimiento tiene posibles beneficios, y no se me prometió o garantizó poderlos obtener.

3-Las alternativas razonables de este procedimiento también me han sido explicadas a mi satisfacción y me han sido contestadas todas las preguntas que realice a mi entera satisfacción.

4- En consecuencia autorizo a mí medico tratante Dr. Augusto L. Jerez para que realice este procedimiento y he comprendido que para ello deberá ser asistido por otros profesionales de la salud tales como: ANESTESIOLOGO, CARDIOLOGO , MEDICOS CIRUJANOS AYUDANTES, MEDICOS DE TERAPIA INTENSIVA

y por algunos otros que él considere necesarios para el cuidado de mi salud, tales como: INSTRUMENTADORA, BIOQUIMICOS, KINESIOLOGOS, ENFERMERAS.

Yo estoy de acuerdo con esa participación

5- En prueba de mi conformidad a lo expresado y de mi consentimiento a este procedimiento firmo la siguiente autorización para ello.

6-Firma Paciente

7- Firma Testigo

8- Firma representante
(en su caso)

REPUBLICA DE CHILE
ESPECIALIDAD DE NEFROLOGIA
CALLE ALBA 1300, SANTIAGO

9- Firma medico

30 03 06
---/---/---
10- Fecha

--- / ---
Hora

ACTAS
DE
CONSENTIMIENTO
PARA CUIDADOS
PRE-QUIRURGICOS



CUIDADOS PRE-QUIRÚRGICOS

- 1) Ayuno de 24 hs. antes de la cirugía. Únicamente suministrar agua.
- 2) Higiene del paciente. En lo posible, realizar un baño 24 hs. antes de la cirugía.
- 3) Eliminar con antiparasitario externo todo ectoparásito (pulgas, piojos, garrapatas, etc.), 3 ó 4 días antes de la cirugía.
- 4) En cirugía de intestino, recto, hernia perineal, vagina, etc., realizar enema con medio (1/2) litro de agua tibia y cinco (5) cucharadas de sal gruesa, cinco (5) horas antes de la cirugía.
- 5) En cirugía de intestino, cuando hay infección, se suministrará antibióticos por vía oral (indicación para el cirujano).
- 6) En cirugía de larga duración, pacientes seniles o debilitados, administrar corticoides con antihistamínicos (indicación para el cirujano). Evaluar la posibilidad de la utilización del pre-anestésico.
- 7) Junto con el paciente, llevar una manta para envolverlo luego de la cirugía, y cualquier otro elemento que facilite el traslado posterior (por ej.: una caja, una tabla, etc.).
- 8) Si Ud. notara la aparición de algún síntoma importante (como por ej.: vómitos, diarreas, decaimiento, traumatismo fuerte, etc.), o cualquier otro síntoma, hágalo notar en forma inmediata al cirujano para su pronta solución.

SEÑOR PROPIETARIO, EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE ESTAS INDICACIONES, EXIME A LA CLINICA DE TODA RESPONSABILIDAD.

Firma propietario :

Aclaración :

D.N.I. :

*Cirugía:

*Hora:

*Día:/...../.....

*Observaciones:

ACTAS
DE
CONSENTIMIENTO
PARA CUIDADOS
POST-QUIRURGICOS



CUIDADOS POST-QUIRÚRGICOS

- 1) El paciente gemirá (ladrido) cuando se está recuperando de la anestesia, ésto es normal. El período de excitación (tiempo) es variable, dependiendo de cada paciente.
- 2) Colocar al paciente en lugar con temperatura ambiente adecuada a la época del año. Evitar corrientes de aire. En invierno, taparlo con una manta. En verano evitar golpes de calor y la acción del sol en forma directa.
- 3) Acomodar al paciente directamente en el piso sobre una manta, colchoneta, papeles de diario, etc. En ningún caso ubicarlo sobre cama, mesa, sillón, sofá, etc.
- 4) Evitar dentro de la habitación, la presencia de elementos que puedan traumatizar al paciente durante su recuperación, como por ejemplo mesas, sillas, etc.
- 5) *Agua:* Luego de haber salido en forma total de la anestesia, iniciar su administración en pequeñas cantidades.
- 6) *Alimentación:* en pacientes que fueron operados de cualquier afección que no sea digestiva, comenzar su alimentación con la mitad de la ración diaria habitual dentro de las 18 a 24 hs. posteriores a la cirugía, y hasta las 72 hs. en que se lo alimentará en forma habitual. En cirugías digestivas, se suministrarán durante las primeras 48 hs. suero salino glucosado vitaminado y aminoácidos por vía endovenosa, que serán indicados por el cirujano.
- 7) La herida se limpiará 2 ó 3 veces por día con agua oxigenada de 10 vol., únicamente, salvo alguna otra indicación especial de acuerdo a la situación quirúrgica.
- 8) El paciente deberá ser controlado dentro de las 24 a 48 hs. posteriores a la cirugía.
- 9) Los puntos se extraerán, en caso de ser necesario, entre los 7 y 10 días posteriores a la cirugía.
- 10) *Osteosíntesis:* en reparaciones de fracturas por clavos, es necesaria su extracción cuando el cirujano lo crea conveniente (45 - 60 - 90 días), dependiendo del tipo de fractura y del hueso fracturado.
- 11) Ante la aparición de cualquier sintoma como por ejemplo vómito, diarrea, traumatismo, depresión, hemorragia, etc., se deberá comunicar en forma urgente al cirujano, para que sea tratado convenientemente.

SEÑOR PROPIETARIO, EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE ESTAS INDICACIONES, EXIME A LA CLINICA DE TODA RESPONSABILIDAD.

Firma propietario :

Aclaración :

D.N.I. :

*Deberá ser controlado:

*Día:...../...../.....

*Hora:.....

FINN

