

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

PACIENTE:

Autorizo por mí, o por familiar directo, la realización del siguiente Procedimiento Intervencionista (**anestesia** para Resonancia Magnética, Tomografía Computada u otro estudio de diagnostico por imagen).

Declaro que el Profesional me ha explicado los riesgos potenciales de complicaciones que el procedimiento implica en su realización, eximiendo de responsabilidad salvo en caso de dolo o negligencia, al facultativo que indica o realiza el procedimiento.

Firma:

Nombre y Apellido:

Nº de Documento:

Parentesco:

Posadas,..... de del 20.....