



Fecha de la operación:

Persónuupplýsingar á limmiða:

Yo, el/la abajo firmante:

(Nombre)

(No Identificación)

(Dirección)

Doy mi consentimiento para que:

Nombre del medico

(Realice la operación)

Con mi firma confirmo que he sido informado de la intervención arriba mencionada, su objetivo, sus riesgos y sus posibles efectos secundarios. Soy consciente de que a la hora de realizar la intervención se administrará un anestésico general y/o local y confirmo que se me han explicado la naturaleza y los riesgos del mismo así como sus posibles efectos secundarios. Manifiesto que comprendo la información anteriormente citada.

Asimismo, soy consciente de que durante el curso de la intervención podrían surgir problemas inesperados y consiento que se hagan frente tomando las medidas necesarias siempre y cuando se proceda de un modo bien justificado y avalado por la experiencia. Igualmente, doy mi consentimiento para que, en caso excepcional y/o de necesidad, se llame a otro doctor para realizar la intervención.

El presente consentimiento no limita mi derecho a emprender acciones legales en caso de que se produzca un incidente imprevisto o un error, de lo cual el equipo médico es plenamente consciente.

Fecha

Firma