



Consentimiento de BALON INTRAGÁSTRICO

Yo, _____,
DNI _____, autorizo al Dr. _____, a que en mí se realice
LA EXTRACCIÓN DE UN BALÓN INTRAGÁSTRICO.

El Dr. _____ me ha entregado
la información escrita y que explica la naturaleza y propósito del procedimiento, en términos que yo he
comprendido perfectamente.

En la información escrita que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este
procedimiento. Me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento
de **EXTRACCIÓN DE BALÓN INTRAGÁSTRICO**, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un
cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. _____, sus
colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio
de mi salud. Incluso permito, si fuera necesario, administrarme anestesia, que será efectuada por un médico
anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico,
pudiéndose realizar interconsultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar
situaciones que no sean conocidas por el
Dr. _____ al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe
o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de
investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los
textos descriptivos que las acompañan.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y
entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude
hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Firma Médico Tratante _____

Aclaración _____ **DNI** _____

Firma de Paciente _____

Aclaración _____ **DNI** _____

En caso de incapacidad o minoría de edad del paciente

Firma Persona responsable o tutor _____

Aclaración _____ **DNI** _____

Fecha