



Consentimiento informado

D./D.ª

Con DNI

MANIFIESTO

Que he sido informado por el Dr./Dra.

Y que me ha sido entregada copia de la información del procedimiento de **Anestesia Espinal Obstétrica** e igualmente de los beneficios que se esperan y el tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO

A que se me practique dicho procedimiento y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión. Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./D.ª

con DNI

en calidad de

Firmo dos ejemplares en Lugo, a 05-05-2020

Firma del paciente o representante legal

Firma del Facultativo