



Centre hospitalier de Périgueux

El/La abajo firmante Certifica haber sido recibido/a por el Dr.
... .. En el **Centro Hospitalario de Périgueux** el.

En esta consulta, el Dr.me informó sobre:

- ❖ mi estado de salud (mi patología y su previsible evolución);
- el estado de salud de mi hijo/a

.....
(apellidos, nombre, fecha y lugar de nacimiento)

- el estado del Sr., la Sra., la Srta.,

.....
(apellidos, nombre, fecha y lugar de nacimiento)

Vínculo de parentesco:.....
(Padre - Madre - Hermano - Hermana - Abuelo - Abuela - Persona de confianza - Tutor)

- ❖ los actos, las intervenciones y los tratamientos previstos (diferentes alternativas terapéuticas);
- ❖ los riesgos inherentes a estos diferentes actos, intervenciones y tratamientos (riesgos frecuentes y riesgos graves);
- ❖ los riesgos existentes debido a la evolución de esta patología en caso de rechazo de intervención terapéutica.

El Dr. también realizó una “evaluación beneficios/riesgos” personalizada con objeto de recomendarme la alternativa terapéutica más adaptada a este caso particular.

He comprendido todas las informaciones que me han sido comunicadas.

He planteado todas las preguntas necesarias para su correcta comprensión y he obtenido respuestas claras y satisfactorias.

El Dr. también me ha entregado una documentación recomendándome que la lea minuciosamente:

Me ha incitado a ponerme de nuevo en contacto con él, en caso de que algunas de estas informaciones me plantearan nuevos interrogantes:

- lo cual he hecho
- lo cual no he hecho ya que no ha sido necesario.

Comentarios/ Observaciones:

Considero que me han informado y aclarado suficientemente para tomar una decisión con total conocimiento de causa y acepto la intervención recomendada por el Dr.....

Fecha y firma: Médico Paciente