



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ANBULATORIOKO KIRURGIA NAGUSIA / CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

**Ospitalearekin bat etorrira, eta nik hala nahita, onartzen diot Debagoieneko Ospitaleari honako jarduera kirurgiko hau egin diezadaten:**

**JARDUERA KIRURGIKOA:**

**Honi buruzko informazioa eskaini didate:**

- Ospitaleratze gabeko kirurgiaren oinarria.
- Anestesia orokorra, erregionala eta lokala.
- Prozedura egin, eta egunean bertan etxera joateko aukera.

**Prozedura behar bezala joan dadin, medikuak jarraibide hauek eman dizkit:**

1. Laguntzaile batek lagundu behar dit Ospitalean nagoen bitartean nahiz ondorengo 24 orduetan.
2. Aurreko gaueko 12:00etatik aurrera ezin dut ezer jan eta edan.
3. Ezin dut alcoholdun edaririk hartu anestesia jartzen didatenetik 24 ordu igaro arte.
4. Ezin dut inolako ibilgailurik gidatu anestesia jartzen didatenetik 24 ordu igaro arte.
5. Suspertze-aldian edozein gorabehera gertatuz gero, ospitaleari edo medikuari horren berri eman behar diot, telefono honen bitartez: 943 035 300.
6. Kirurgia egin bitartean edozein konplikazio agertuz gero, medikuak behar diren neurriak hartuko ditu, eta beharrezkotzat jotzen badu, ospitaleratu egingo nau.

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

De conformidad con el Hospital, libre y voluntariamente autorizo al Hospital Debagoiena la realización de esta actuación quirúrgica:

**ACTUACIÓN QUIRÚRGICA:**

He recibido información sobre:

- El propósito de la cirugía sin ingreso.
- Anestesia regional y local.
- La posibilidad de poder volver a casa a la finalización del procedimiento.

Para ayudar en el éxito de mi intervención, el médico me ha facilitado la siguiente información:

1. Deberá estar acompañado por una persona responsable durante el ingreso y las 24 h. posteriores.
2. No comer ni beber después de las 12 h. de la noche anterior a la intervención.
3. No beber alcohol hasta después de las 24 h. de siguientes a la anestesia.
4. No puede conducir ningún tipo de vehículo hasta después de las 24 h. siguientes a la anestesia.
5. Notificar al hospital o al médico de la aparición de una situación anormal en mi recuperación, llamando al tel.: 943035300.
6. En cualquier caso de complicación durante la cirugía, el médico actuará en consecuencia, y si es necesario tramitará mi ingreso en el Hospital, si así lo considera conveniente.



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:**  
**Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:**

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

-->

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha