

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Internación

Se ponen en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación:

¿Qué es? El consentimiento informado es la manifestación de voluntad que emite el paciente, o un familiar y/o allegado (estos últimos de manera excepcional), según al caso, para que se le lleve a cabo una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender la información pertinente que se le suministra.

Acceso a la información: Los instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimientos y/o tratamientos aconsejados por los profesionales de la salud. Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Quien suscribe,
DNI, con domicilio en calle
de la ciudad de Que en razón de mi actual estado de salud el/la Dr/Dra **ha solicitado mi internación**, con el fin de que se me realice el **estudio y/o tratamiento y/o observación y/o práctica médica** [tachar la que no corresponda] conocida como:

Que el citado profesional de la salud informa que el **diagnóstico / diagnóstico presuntivo** [tachar la que no corresponde] es de

Los antecedentes personales son:

Los estudios/tratamientos previos a la internación realizados, relacionados con la presente situación sanitaria:

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de quien suscribe, se podría asociar algún riesgo específico agregado, como puede ser:

Que manifiesto que con anterioridad a este acto, he recibido **INFORMACION**, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos, sobre (art. 59 CCyC, art.2 inc. F, Ley 26529):

- mi actual estado de salud,
- los objetivos, alcances, características del procedimiento y/o tratamiento propuesto,
- los posibles beneficios derivados de dicho tratamiento,
- los riesgos, molestias, efectos adversos previsibles de dicho tratamiento y/o estudio y/o observación y/o práctica médica, incluyendo los riesgos particulares de acuerdo a mis características.
- los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento y/o tratamiento y/o estudio y/o práctica médica propuesto,
- las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados,
- el derecho que me asiste en caso de padecer enfermedad irreversible, incurable o me encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.

Para el ejercicio de este derecho se le requerirá la **suscripción de un consentimiento informado específico**.

Que se deja constancia que en el supuesto de requerir información adicional sobre su proceso asistencial, podrá hacerlo en el momento que lo desee.

Características de la Ciencia Médica: Se me ha informado que no es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la Medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados. Comprendo que se emplearán todos los esfuerzos materiales y humanos disponibles para que las intervenciones sean exitosas y sin complicaciones.

Deber de colaboración: Se me ha informado la importancia para mi salud/integridad psico-física y éxito del tratamiento, de cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos y/o enfermeros que me asistan me indiquen. Así como, la importancia de informar al equipo profesional tratante todo antecedente médico personal/familiar. La negativa a facilitar los datos o la inexactitud de los datos que brinde su titular podrá ocasionar graves inconvenientes en el proceso de su atención sanitaria.

Función formativa: Se me ha informado que el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] es una institución orientada a la formación académica en enfermería/medicina de estudiantes de distintas instituciones académicas de la ciudad. Ante ello, **acepto / no acepto** [tachar la que no corresponda] que los/las estudiantes de dichas carreras se hagan presentes durante mi atención sanitaria, así como realicen prácticas supervisadas por el profesional a cargo y utilicen la información registrada en la historia clínica con propósitos didácticos, resguardando mi identidad (Ley 25.326).

Transfusión: Que manifiesto expresamente que **acepto / no acepto** [tachar la que no corresponda] recibir sangre o productos derivados de la sangre, en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan durante la internación.

Designación de Representante: Que en ejercicio de mi autonomía de la voluntad designo en este acto a la/el Sra/Sr , DNI , en carácter de mi representante para expresar el consentimiento para los actos médicos, en los casos en que me encuentre absolutamente imposibilitado para expresar mi voluntad al tiempo de la atención médica durante el curso de la presente internación (art. 59-60 CCyC).

Entiendo que puedo **REVOCAR** el presente consentimiento en cualquier momento, sin expresión de causa alguna, comunicándolo de manera fehaciente a la institución sanitaria.

Que he **comprendido en su totalidad** la mencionada información que se me suministró en forma clara, sencilla, precisa, adecuada y gradual, por tal razón **presto con plena libertad mi consentimiento informado para ser internado/a** en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] de acuerdo al requerimiento de su médico/a tratante.

En virtud de ello, presto en este acto **mi consentimiento informado expreso** y por tanto, autorizo al ente asistencial para que me brinde las **PRESTACIONES PROPIAS DE UN SERVICIO DE INTERNACIÓN** tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y toda otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se le efectúe. Tales prestaciones serán brindadas de acuerdo a la complejidad y materiales disponibles con que cuenta dicha Institución Sanitaria, los que resultan ser los razonables de acuerdo al estado de la ciencia y técnica correspondiente a la actividad en cuestión en la ciudad de y siempre que la institución tenga disponibilidad actual. Así como, autorizo los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos que se requieran como consecuencia de complicaciones y/o emergencias y/o urgencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial en razón de la urgencia.

Fecha: / /

Datos del Familiar de Referencia:

.....
Nombre y Apellido

.....
Domicilio

.....
Teléfono

.....
Firma y Aclaración
Paciente

.....
Firma y Sello
Médico tratante