

CONSENTIMIENTO INFORMADO **Internación Adolescente (entre 13 y 16 años)**

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.

Características de la Ciencia Medicina: 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Práctica invasiva, Internación adolescente entre 13 y 16 años

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:

considerado un tratamiento invasivo (ver Información Adicional, ANEXO I adjunto) que puede comprometer mi salud y/o poner en riesgo mi integridad y/o mi vida.

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

Los antecedentes personales son:

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, 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 propuesta,
 - 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**.

En el supuesto de requerir información adicional sobre su proceso asistencial, podrá hacerlo en el momento que lo desee.

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 Sanguínea: Que manifiesto en este acto 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.

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.

Consentimiento Conexo:

En virtud de ello, presto en este acto **mi consentimiento informado expreso** y por tanto, autorizo al ente asistencial denominado 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 y tuvieran por único fin resguardar mi salud y mi integridad.

Fecha: / /

.....
Firma y Aclaración
Paciente

.....
Firma y Sello
Médico tratante

ASENTIMIENTO PROGENITORES (ver Información Adicional, ANEXO I adjunto)

En cumplimiento de lo normado por el art. 26 CCyC, quien suscribe
DNI, con domicilio en calle de la
ciudad de, en mi carácter de progenitor / tutor [tachar lo que no corres-
ponda] de, DNI, luego de recibir
información en forma clara, sencilla, precisa, adecuada y gradual sobre las características, objeto, alternativas, riesgos,
beneficios, derechos y obligaciones, presto con plena libertad, mi asentimiento para que
sea internada/o en el Hospital / Sanatorio / Clínica [marcar la que corresponda],
según el requerimiento de su médico/a tratante, comprendiendo que es tratamiento invasivo que puede comprometer
su salud y/o poner en riesgo su integridad y/o vida.

Fecha: / /

.....
Firma Progenitor

.....
Aclaración Progenitor