



Córdoba, de del

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

DOCUMENTO TIPO:..... N°:.....

Estimado paciente: Sanatorio Allende le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

Un *consentimiento informado* es el permiso que otorga el paciente o su familia para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias. Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/ o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud. No firme sin antes recibir la información necesaria.

1. El Dr. MP N° y su equipo me ha explicado en términos claros y sencillos mi estado de salud, por lo cual se me indica que:

- ☐ Requiero Internación
☐ No Requiero Internación

2. En virtud de lo manifestado autorizo a que este establecimiento y su equipo asistencial efectúen estudios complementarios (laboratorio, imágenes, entre otros) y tratamientos considerados de práctica habitual y de bajo riesgo que demande el curso de mi condición.
3. En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que Sanatorio Allende me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, estudios de laboratorio y anatómo-patológicos, nutrición, alojamiento, y toda otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se me efectúe.
4. Asimismo, manifiesto que entiendo y autorizo que el seguimiento clínico o quirúrgico de mi condición, sea realizado por diferentes profesionales que presten servicios en la institución. Conozco mi derecho a realizar interconsultas con otros especialistas ajenos a la institución, que informaré al equipo de salud de Sanatorio Allende a la brevedad posible.
5. Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad según lo dispone la ley N° 26.529.
6. Ante la existencia de cámaras de seguridad dentro de la institución, acepto la posibilidad de que las mismas pudieran tomar registros filmicos de mi persona; imágenes que no serán divulgadas a terceros, excepto exista justa causa de revelación.
7. Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente el objetivo buscado con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo.
8. También comprendo que puedo negarme a recibir ciertos tratamientos o procedimientos, bajo mi absoluta responsabilidad, habiéndome notificado por escrito los riesgos que ello conlleva.
9. En caso de haber dado Directivas Anticipadas respecto de mi salud (decisiones relativas a la aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos) me comprometo a informarlas por escrito al médico de cabecera.
10. Autorizo a que, en caso de que mi vida corra peligro y no pueda firmar un consentimiento informado específico se intentará una comunicación con mi representante legal/familia para ponerlos en conocimiento de los procedimientos/tratamientos a los que debo ser sometido con urgencia. Tales procedimientos/tratamientos podrán incluir cirugías, anestesia, transfusiones, entre otras.
11. Tomo conocimiento que según dispone el Reglamento del Sanatorio Allende SA, las prácticas y/o prestaciones médicas se realizan en absoluto respeto a la vida y dignidad humana en todas las etapas de su existencia, conformes a los principios de la bioética personalista.
12. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
13. Manifiesto ser alérgico/a a:
14. También comprendo que podrán solicitarme que firme un consentimiento específico para procedimientos/tratamientos de alto riesgo (transfusiones, anestesia, sedación, hemodiálisis aguda, otras), siempre que mi condición médica lo permita y no esté en riesgo mi vida.

15. El Dr. MP N° y su equipo me ha explicado en términos claros y sencillos que en virtud de mi estado de salud requiero la realización de:

- ☐ Estudio/ Observación
☐ Cirugía/Procedimiento
☐ Tratamiento

Conocido como:.....

En razón del diagnóstico:

16. En virtud de la práctica médica arriba descrita, confirmo que el médico (y su equipo con privilegios y competencias) me ha explicado en términos claros y sencillos, las características, objetivos, posibles efectos adversos, complicaciones que pudiesen ocurrir y ventajas; alternativas y posibles resultados del no tratamiento, así como los signos de alarma durante la recuperación, todo lo que surge del Anexo I.

17. Me han explicado otros métodos alternativos para la técnica diagnóstica / terapéutica propuesta y acepto el presente como el más adecuado en las actuales circunstancias.

APROBACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Firma del paciente (a partir de los 13 años) (*):

Firma:

Aclaración:

D.N.I.:

Firma del Médico:.....

Aclaración:

Matrícula:

Firma de los padres (en caso de pacientes menores de 18 años) o representante según el caso (*):

Firma:

Aclaración:

D.N.I.:

Firma:

Aclaración:

D.N.I.:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Este documento manifiesta la REVOCACIÓN de su primera voluntad de realizarse una cirugía/tratamiento/procedimiento. Solo debe firmar si la revoca. Si está firmando un Consentimiento para la realización de la cirugía / tratamiento / procedimiento NO DEBE FIRMAR LA REVOCACIÓN

El que suscribe luego de haberse informado la naturaleza de mi condición médica, beneficios, ventajas y posibles riesgos o complicaciones, en forma consciente y voluntaria manifiesto mi denegación/revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivar de esta decisión, con fecha

Firma y Aclaración
Paciente

Firma y Aclaración
Representante Legal

Firma y Aclaración
Médico

Se hace constar que el presente consentimiento informado se ajusta a lo previsto en la ley N° 26.529, ley N° 26.742 y sus decretos reglamentarios y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

(*) Conforme Art. 26, Código Civil y Comercial de la Nación... "Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo".

Conforme la Ley de Derechos del Paciente 26529, art. 6° modificado por Ley 26742: En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el Consentimiento Informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. a) El cónyuge no divorciado que conviva con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida; b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años; c) Cualquiera de los padres; d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años; e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años; f) Cualquiera de los abuelos; g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; i) El representante legal, tutor o curador; El vínculo deberá ser debidamente acreditado