



**INSTITUTO ARGENTINO DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO S.A.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Ley 26529- Ley 26657- Ley 26742 y Decretos Reglamentarios. Resolución 561/2014 Superintendencia de Servicios de Salud.

Buenos Aires, .../.../... a las ... hs.

Por medio del presente yo DNI..... otorgo el consentimiento a para realizar el siguiente procedimiento

A tal efecto declaro que:

1. He sido informado en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud y particularmente sobre mi patología, que consistente en

2. El objetivo del procedimiento mencionado es

En tal sentido se me ha informado, en forma previa, sobre en qué consiste el procedimiento, de cómo se llevará a cabo y de los cuidados anteriores y posteriores que debo cumplir.

También se me ha informado que durante la cirugía pueden producirse eventos que obliguen al equipo quirúrgico a modificar el procedimiento en resguardo de mi vida y salud y/o para cumplir el objetivo propuesto.

3. Asimismo, se me ha informado sobre los beneficios que se esperan de él, de las consecuencias de su no realización y de sus alternativas terapéuticas, a saber:

3.1 Beneficios que se esperan:

3.2 Consecuencias de su no realización:

3.3 Alternativas terapéuticas.....

4. Me han sido informadas los riesgos significativos asociados al procedimiento y las posibilidades de evolución, molestias, efectos adversos posibles y secuelas más frecuentes. Entre ellos, además de la infección, se destacan por su mayor posibilidad de producción los siguientes riesgos, efectos adversos y/o secuelas:

.....
Si bien se han destacado los de mayor posibilidad de ocurrencia todo procedimiento quirúrgico posee riesgos que pueden dejar secuelas e, incluso, producir la muerte.

5. He sido informado que puedo rechazar el tratamiento médico propuesto sin dar explicación alguna.

Particularmente, he sido informado que en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando me encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, tengo derecho 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 a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado.

También he sido informado del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de la etapa terminal irreversible e incurable.

He sido informado de mi derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de mi enfermedad o padecimiento.

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir durante el curso de la intervención.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente en toda situación de emergencia, que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios y de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes con excepción de:

y a la toma de muestras para realizar estudios cito-histo-anátomo patológicos.



**INSTITUTO ARGENTINO DE
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO S.A.**

En caso de que se me administre anestesia, he sido informado que la misma será realizada por un profesional especializado el cual deberá tener una entrevista pre-anestésica conmigo. Se me ha explicado que los riesgos de la anestesia incluyen, entre otros y con baja frecuencia, insuficiencia respiratoria, paro respiratorio, daño neurológico por falta de oxigenación del cerebro y la muerte.

He leído y comprendido la información y he podido preguntar y aclarar todas mis dudas.

He sido informado de que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento completando y firmando al pie del mismo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SI

NO

(Marcar con una cruz lo que corresponda)

Los firmantes manifiestan conocer y aceptar el REGLAMENTO DE INTERNACIÓN, comprometiéndose a cumplir y hacerlo cumplir durante todo el tiempo que dure la misma.

FIRMA DEL PACIENTE (a partir de los 13 años)DNI N°

Aclaración de firma.....

FIRMA DE FAMILIARDNI N°.....GRADO DE PARENTESCO.....

Aclaración de firma

FIRMA REPRESENTANTE LEGALDNI N°

Aclaración de firma.....

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas.

El Sr. /Sra. comprende completamente lo que le he explicado y contestado.

Firma/ sello del médico:Lugar:..... Fecha: ___/___/___Hora.....

Nota Aclaratoria: En caso de personas que no estén en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por su representante legal (cónyuge, cualquiera de sus padres, tutor o curador, pariente más próximo)

En caso de menores de edad (a partir de los 13 años) corresponde la firma del mismo acompañada por la firma de sus progenitores o sus representantes legales.

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro la revocación del consentimiento informado firmado en esta misma página el día..... en el que consentí la realización del procedimiento denominado:.....

FIRMA DEL PACIENTE (a partir de los 13 años)DNI N°

Aclaración de firma.....

FIRMA DE FAMILIARDNI N°.....GRADO DE PARENTESCO.....

Aclaración de firma

Fecha: ___/___/___Hora.....