

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PRACTICAS DE TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO

(Art 59 Código civil-ley nº 26742 y decreto regl. nº1089/12, cap3º, art 7º)

Entre el Sr/Sra....., DNI Nº..... mayor de edad, domicilio..... Historia Clínica Nº en pleno uso de mis facultades mentales, con discernimiento, intención y libertad, , en adelante “EL PACIENTE” y por la otra el Dr/Dra. en adelante “EL PROFESIONAL” se conviene realizar el presente acuerdo de consentimiento informado conforme lo establecido en el art, 59 del Código Civil que a continuación se describe:

PRIMERA: El profesional luego de evaluar al paciente le informa que padece Que a dicho diagnóstico se arribó basándose en los exámenes clínicos y/o prácticas médicas de diagnóstico y/o análisis clínicos y/o las restantes prácticas médicas que me fueron realizadas oportunamente y con mi conformidad.

SEGUNDA: Que en base a todos ellos, el doctor propone al paciente para intentar su diagnóstico/tratamiento realizar la siguiente práctica médica quirúrgica denominada, la que es aceptada por el suscripto por entender, de acuerdo a las explicaciones brindadas, que es la más adecuada para tratar la enfermedad que padezco.

TERCERA: los beneficios que se persiguen con el tratamiento propuesto son:

CUARTA: se me explicó en detalle, la probable evolución de dicha enfermedad, como también me fueron explicados circunstancialmente las posibles consecuencias de la NO realización del tratamiento como:

QUINTA: los riesgos del tratamiento consisten en: infecciones, trastornos de la sensibilidad, coloración cutánea anormal, necrosis de tejidos, cicatrización anormal, hemorragias, dolor y reacciones alérgicas al anestésico y/o vendajes.

SEXTA: Que a tal fin autorizo en consecuencia al Dr..... y/o su equipo médico, a realizar todas las prácticas médicas tanto prequirúrgicas como quirúrgicas que fueran necesarias, AUTORIZO al referido profesional a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la internación para control, como así también la administración de anestesia, de cuya modalidad y riesgo he sido informado.

SEPTIMA: Autorizo al Dr..... y/o su equipo médico a sustituir algunos de los procedimientos médicos propuestos y programados previamente, cuando se descubra alguna otra condición o circunstancia que no fuera conocida con anticipación a la práctica médica prevista.

OCTAVA: Autorizo la libre disposición por parte de las autoridades del nosocomio de los tejidos y/o piezas quirúrgicas obtenidas, facultando asimismo al patólogo a examinar todo tejido, órgano o miembro que extraiga de la operación o biopsia que se practique dándole el destino previsto para los residuos patológicos.

NOVENA: Autorizo la obtención de fotografías y/o filmaciones de la intervención quirúrgica a llevarse a cabo y la publicación científica de las mismas, prohibiendo la revelación de mi identidad en toda circunstancia. Asimismo autorizo la admisión y permanencia de otros profesionales, aparte del actuante, en la Sala de Operaciones.

DECIMA: reconozco que a pesar que se me ha informado adecuadamente sobre los objetivos y beneficios deseados de la intervención, no es posible garantizar el resultado o cura con el tratamiento y/o Intervención a que será sometido.

UNDECIMA: Manifiesto también que, se me ha informado respecto al derecho que me asiste en cuanto a aceptar o rechazar tratamientos o procedimientos biológicos y el derecho de revocar mi decisión anterior de acuerdo a lo establecido por la ley.

Declaro que he leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MARQUE CON UNA X SUS ANTECEDENTES MEDICOS

- HIPERTENSION
- DIABETES
- CARDIOPATIAS
- MARCAPASO
- ACV
- CONVULSIONES
- HEPATITIS

ALERGIA A:

- ANESTESIA
- YODO
- PENICILINA
- OTROS:.....

MEDICAMENTOS:

- ASPIRINA
- ANTICOAGULANTES
- SEDANTES O ANTIDEPRESIVOS
- HIPOTENSORES
- INSULINA
- OTROS:.....

FECHA: / /

FIRMA DEL PACIENTE: ACLARACION:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ

Por el presente dejo constancia que concurro a firmar el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran los mismos.

Vínculo con el paciente o representación que ejerce.....

DNI

Domicilio Teléfono

FIRMA DEL FAMILAR: ACLARACION:

DNI:.....