

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXTERNACIÓN POR DECISIÓN UNILATERAL DEL PACIENTE O DE PERSONA A SU CARGO

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de su externación.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder (o no) a la internación del paciente para su intervención, tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Dejo constancia que decido voluntaria y unilateralmente retirarme de este establecimiento asistencial, haciéndolo bajo mi entera responsabilidad, pese a que a la fecha me encuentro internado/a en esta institución por presentar el cuadro/diagnóstico conocido como _____ y sin que me hayan indicado el alta sanatorial correspondiente.
- 2) Asimismo, declaro que me han sido contestadas en términos claros y sencillos todas mis preguntas relativas a los riesgos que representa mi decisión de retirarme de la institución y abandonar el tratamiento indicado.
- 3) Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores, pese a lo cual asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi decisión genere sobre mi estado de salud, aun cuando la misma ponga en grave peligro mi vida, deslindando de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____