

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACIÓN PARA PACIENTES QUE VAN A SER TRATADOS POR MÉDICOS EXTERNOS Y/O SERVICIOS DE TERCEROS AJENOS A LA INSTITUCIÓN**

**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 internación.

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 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) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, solicito ser internado en SANATORIO SAN MARCOS S.R.L., de acuerdo a lo que ha sido requerido por mi médico

Dr./Dra. \_\_\_\_\_.

La finalidad de dicha internación es para la realización del estudio o intervención quirúrgica conocido como \_\_\_\_\_.

- 2) En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que vuestro establecimiento asistencial me brinde las prestaciones propias del servicio de internación que requiero, tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, atención médica de urgencia, medicamentos, servicios laboratorio o diagnóstico por imágenes, alojamiento y nutrición.
- 3) Dejo expresa constancia que las prestaciones antes referidas son independientes de la atención médica que motiva mi internación, la cual ha sido indicada y será llevada a cabo por el/la Dr./Dra. nombrado anteriormente y/o su equipo, conociendo que dichos profesionales resultan ajenos a vuestra institución, por lo que renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza contra ustedes con causa en la consecuencias que pudieran devenir de la actuación médica del mencionado profesional y su equipo.
- 4) En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que con anterioridad a este acto se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles de acuerdo a la sintomatología que presento, los riesgos propios del tratamiento o procedimiento médico que en definitiva se me realizará, y las posibles consecuencias de su no realización.
- 5) Estoy en conocimiento de que durante el curso de la intervención médica condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que he autorizado al equipo médico, extensiva a quienes estos deleguen, la realización de los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.
- 6) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

- 7) Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al tratamiento a realizarme, y reconozco que la medicina es una ciencia no exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que por la individualidad propia de cada paciente, puedan presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los cuadros tratados, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones más prudentes.
- 8) Asimismo, se me ha explicitado que, en cualquier momento, durante mi internación y/o antes de llevarse a cabo el procedimiento, puedo rechazar la continuidad de la atención y/o la intervención o estudio aludido, rechazando su ejecución, debiendo comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

## **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:** \_\_\_\_\_