

RECHAZO INFORMADO TERAPÉUTICO

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 decisión.

El rechazo 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 negación sobre la atención o 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 RECHAZO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiendo sido informado en términos claros y sencillos acerca de mi diagnóstico denominado _____ por el/la Dr./Dra. _____, quien además ha indicado que mi tratamiento consiste en _____, declaro que por voluntad **me niego a prestar conformidad para que el mismo sea llevado a cabo, como así también rehúso se me practique cualquier otros tratamiento o procedimiento médico.**
- 2) Hago presente que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento indicado, como así también de sus alternativos, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.
- 3) Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa genere sobre mi estado de salud, aun cuando este rechazo terapéutico ponga en grave riesgo 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 concurro 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: _____