

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE LICENCIADO/A EN OBSTETRICIA

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 la intervención que procediere en su caso.

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 intervención o internación del paciente para su 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 acerca de las funciones y capacidades que involucra la profesión de Licenciado/a en Obstetricia, autorizo a que, durante mi internación, integre el equipo de salud interdisciplinario el/la Lic. _____.
- 2) Se me ha informado que la Licenciatura en Obstetricia es una disciplina que se ocupa de la asistencia del embarazo, parto y puerperio normal con un enfoque bio-psico-social, y de acciones de promoción y prevención de la salud; encontrándose los Licenciados en Obstetricia capacitados para diagnosticar y controlar embarazo, parto y puerperio normal; asistir partos; realizar monitoreo bio-físico-fetal; practicar medicaciones de urgencia con el alcance establecido en la legislación vigente; dictar cursos de psicoprofilaxis y organizar y gestionar servicios de Obstetricia. Asimismo, doy fe de haber sido informada de forma satisfactoria y he recibido respuesta a todas las preguntas que formulé.
- 3) Se me ha avisado que en cualquier momento y sin dar explicaciones puedo retractarme de esta decisión.

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: _____