

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA Y/O TRATAMIENTOS
MÉDICOS

Leyes 26529 y 26742 Decreto Reglamentario 1089/12

Buenos Aires,de.....de.....

Por medio de la presente, yo.....nacido el
...../...../.....DNIotorgo el consentimiento para ser asistida/o por el
Dr./Dra.....o para que sea asistida/o por medio del centro
.....así como por el equipo de salud de esa Institución en la
modalidad de:

INTERNACIÓN.....AMBULATORIO.....(marcar con una cruz)

He sido informada/o en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud (enfermedad
actual)

y el motivo por el cual se me indica este tratamiento

También he sido informada/o acerca de los beneficios que se esperan de la indicación médica
propuesta que se trata de

Me han sido comunicados los riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución,
molestias, efectos adversos posibles y secuelas que son los siguientes:

Se me han explicado los procedimientos alternativos sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación
con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son:

He sido informado que en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se
encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, tengo
derecho al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación
artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en
relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado.

También he sido informado del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación
cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal
irreversible e incurable.

He sido informado de mi derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de
mi enfermedad o padecimiento.

Por último he sido informada/o de las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento
propuesto o de las alternativas especificadas que son
.....
.....

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o
terapéutico que a su juicio estimen conveniente en toda situación de emergencia, que no permita
solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios
y de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes con excepción de
.....pory a la toma de muestras para
realizar estudios cito histo anátomo patológicos.

En este acto se hace entrega de un folleto explicativo de la preparación para el procedimiento, sus
riesgos y complicaciones posibles.

A fin de contribuir al progreso de la educación médica: doy consentimiento a la admisión de
observadores en cualquier recinto de la Institución, así como el uso por parte de la Clínica y de sus
profesionales médicos de toda la información médica que reciban con fines científicos o docentes
preservando la confidencialidad de los datos y que será consultado/a en caso de ser incluido/a en un
estudio de investigación a efectos de dar mi consentimiento.

Si No

Los firmantes manifiestan conocer y aceptar el REGLAMENTO DE INTERNACIÓN,
comprometiéndose desde ya a cumplir y hacerlo cumplir durante todo el tiempo que dure la misma.

.....
FIRMA DEL MEDICO

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DEL RESPONSABLE

.....
SELLO

.....
ACLARACIÓN

.....
GRADO DE PARENTESCO

- En caso de personas que no estén en condiciones de comprender la información suministrada,
el consentimiento será firmado por su representante legal (cónyuge, cualquiera de sus padres,
tutor o curador, pariente más próximo o allegado que se ocupe de su asistencia). El vínculo se
acredita por la documentación correspondiente o por declaración jurada debiendo, dentro de las
48horas, acompañar la documentación respectiva.