

Consentimiento Informado para
Tratamiento Nutricional
Prof. Lic. María de las Mercedes Gabin

INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudar a su nutricionista a informarle sobre el tratamiento nutricional a recibir, tal como establece el Decreto Nº 2316/03 sobre "Consentimiento Informado" de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que dice textualmente: "...son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención: ... h) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos...".

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para el tratamiento propuesto por la Prof. Lic. Gabin.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento nutricional a recibir consta de la elaboración de un plan de alimentación en el que **NO** se incluyen ni aconsejan ningún tipo de medicamentos o productos cosméticos.

Dicho tratamiento le será explicado en forma personal por la Prof. Lic. Gabin al paciente o, en caso de pacientes menores de edad o en los que no fuera posible la comprensión de las indicaciones nutricionales, podrá hacerlo su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia.

TRATAMIENTO

El tratamiento nutricional a recibir no es un plan de adelgazamiento de muy bajo valor calórico (MBVC), ni disociado, es un plan de alimentación completo y variado cumpliendo con las 4 leyes de la alimentación: cantidad, calidad, armonía y adecuación.

RESULTADOS

Como cada individuo tiene un gasto calórico diferente determinado por su sexo, edad, talla, peso, actividad física, enfermedades, etc.; los resultados difieren de un paciente a otro.

Por otro lado, el resultado del descenso de peso también radicará en el nivel de acatamiento del paciente a las indicaciones de la Prof. Lic. Gabin, recayendo sobre el primero la responsabilidad de su cumplimiento.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas de tratamiento son cualquier otro plan de alimentación elaborado por otro profesional, la práctica del ejercicio físico o las intervenciones quirúrgicas en caso de personas con obesidad mórbida.

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN
SIDO RESPONDIDAS TODAS LAS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL
CONSENTIMIENTO DE LA SIGUIENTE PÁGINA**

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. Por la presente autorizo a la Prof. Lic. Gabin y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el tratamiento nutricional, junto a la toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetros, % grasa corporal por método de bioimpedancia eléctrica).
2. He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "Consentimiento informado para tratamiento nutricional".
3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.
4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
5. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:
 - a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE.
 - b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.
6. Me comprometo a no fumar en las instalaciones del consultorio ya que es un espacio libre de humo (conforme a la reglamentación vigente).
7. Me comprometo a no hacer responsable a la Prof. Lic. Gabin por los daños causados por el mal uso de las instalaciones: ascensores, escaleras, sanitarios, etc.

Firme el siguiente consentimiento:

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA.

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Pacientes o persona autorizada:

.....
Nombre y apellidos como figura en el DNI

.....
Nº DNI

.....
Firma

Fecha:.....