



AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS **Ley 26529 / 26742**

San Isidro,de.....de.....

Por medio de la presente,

yo.....
Nacido el/...../.....D.N.I.....otorgo el consentimiento para ser asistida/o o para que.....sea asistida/do por así como por el equipo de salud delen la modalidad de: INTERNACIÓN.....AMBULATORIO.....**(marcar con una cruz)**

He sido informada/do 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 / intervención:

.....
.....
.....

También he sido informada/do acerca de los beneficios que se esperan de la indicación médica propuesta que son :

.....
.....
.....

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 y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son:

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Autorizo a la toma de muestras para realizar estudios cito histo anátomo patológicos.

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
por.....

En este acto se hace entrega de un folleto explicativo de la preparación para el procedimiento, sus riesgos y complicaciones posibles SI NO

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 seré consultado/a en caso de ser incluido/a en un estudio de investigación a efectos de dar mi consentimiento.

SI NO

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

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

..... FIRMA DEL MEDICO FIRMA DEL PACIENTE FIRMA RESPONSABLE
SELLO	DNI N°	DNI N° 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 48 horas, acompañar la documentación respectiva.

Observaciones o indicaciones adicionales:
.....
.....
.....

..... FIRMA DEL MEDICO FIRMA DEL PACIENTE FIRMA RESPONSABLE
SELLO	DNI N°	DNI N° GRADO DE PARENTESCO