

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE - MEDICO

PARANA,

EVENTO. N°

Entre el/la Sr./Sra. DNI N°
domiciliado realmente en calle de la ciudad de
Provincia de , representada además en este acto por el responsable Sr./Sra.
 DNI N°
domiciliado realmente en calle de la ciudad de
Provincia de , en adelante **EL PACIENTE**, por una parte, y por la otra el
Dr/a , Matrícula: DNI N° , con domicilio
real en calle de la ciudad de
 Provincia de , en adelante **EL**

PROFESIONAL/EQUIPO MEDICO, convienen la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERO: EL PROFESIONAL, luego de la evaluación de EL PACIENTE le informa que padece de

(explicar la naturaleza de la patología y/o su evolución natural)

SEGUNDA: EL PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero, realizar el siguiente procedimiento:

(explicar en que consiste el procedimiento y como se llevará a cabo)

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto consisten:

(detallar los cuidados anteriores y posteriores que el paciente tendrá que realizar)

Las consecuencias de la denegación por parte de EL PACIENTE son:

(el profesional deberá explicar que consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto)

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones, mortalidad y secuelas son:

(se deberá describir las complicaciones comunes de cualquier intervención y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente)

Como alternativa del tratamiento EL PROFESIONAL ha propuesto:

EL PROFESIONAL informa que el tipo de anestesia que se aplicará y sus riesgos son:

TERCERA: EL PROFESIONAL informa que cuando el paciente presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, tiene el derecho a manifestar su voluntad en canto al rechazo de reanimación artificial o al relativo al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría o produzcan un sufrimiento desmesurado.-

EL PACIENTE la reanimación artificial.-

CUARTA: EL PROFESIONAL también informa que EL PACIENTE podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando la misma produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.-

EL PACIENTE procedimientos de hidratación.-

EL PACIENTE procedimientos de alimentación.-

QUINTA: EL PROFESIONAL informa que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento

decidir por sí misma el abandono de la internación.-

Los pacientes con padecimiento mental tienen derecho a ser informados de manera adecuada y comprensible de los derechos que les asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento.-

Ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado a cualquier profesional, podrá hacerlo el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, hermanos, abuelos, otros familiares directos o el tutor.-
EL PACIENTE designa a en 1º lugar y a

en 2º lugar (nombrar a los familiares designados).-

SEXTA: EL PACIENTE en este acto OTORGA/NO OTORGA el CONSENTIMIENTO para que se le realice el procedimiento propuesto (tachar lo que no corresponda).-

SEPTIMA: El consentimiento que por este acto emite EL PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos.-

EL PACIENTE AUTORIZA a EL PROFESIONAL a obtener fotografías, vídeos o registros gráficos para difundir resultados o iconografías en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.-

EL PACIENTE AUTORIZA a EL PROFESIONAL ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.-

OCTAVA: EL PACIENTE reconoce que ha sido acompañado por EL PROFESIONAL en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que realizarán en su zona de reserva.-

NOVENA: CLINICA MODELO S.A. se constituye en depositario del presente consentimiento informado que se incorpora a la historia clínica N° que se encuentra guardada en la misma por el plazo de ley.-

DECIMA: EL PROFESIONAL por este acto entrega el segundo ejemplar de un mismo e idéntico tenor al Sr/a

DECIMA PRIMERA: Las partes declaran que el lugar donde se llevó adelante la redacción del presente consentimiento informado es en (ciudad, sanatorio, hospital, consultorio), ubicado en calle N° de la ciudad de

Pcia. , y que el lugar de

cumplimiento del presente contrato es CLINICA MODELO S.A de Paraná (ER), sita en calle San Martín N° 1238.-

DECIMO SEGUNDA: Se me informó del derecho que poseo de revocar este consentimiento informado, es decir, dejarlo sin efecto sin necesidad de invocar la causa, y por mi sola y exclusiva voluntad.- Dicha decisión deberé comunicarla por escrito, en el Sector Internación, quedándome con una copia del formulario debidamente sellado y firmado con indicación de día y hora en que la entrego, aclaración de nombre y documento de quien la recibe.-

DECIMA TERCERA: Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir mecanismos o método consensuado de prevención y solución de conflictos.-

Las partes constituyen domicilios en el encabezado del presente donde serán válidas todas las comunicaciones.-

En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo lashoras, se formaliza el presente convenio en dos ejemplares de igual tenor y a un solo efecto en la ciudad de..... a los.....días del mes dedel año-

Firma Paciente:

Apellido y nombre:

Documento:

Firma y Sello del PROFESIONAL:

Aclaración:

Domicilio:

Teléfono:

Firma Responsable (*):

Apellido y nombre:

Documento:

Domicilio:

Teléfono: Parentesco:

Revocatoria de este consentimiento (conforme al punto 12)

Firma Responsable/Paciente:

Aclaración:

Documento: Fecha y Hora:

(* El paciente es un menor de años de edad/incapaz (tachar lo que no corresponda) y yo, el firmante, soy el padre, tutor, o encargado del paciente y por la presente autorizo la realización, intervención o procedimiento.

El presente formulario debe ser completado por el profesional, en forma previa a la internación, y presentado por el paciente o su responsable al tiempo de producirse la misma en Clínica Modelo S.A. .-

El presente debe complementarse con consentimiento destinado a la internación.-

En casos de urgencia se dispondrá completarlo en las primeras 12 hs de producirse la internación.-

Escribir con letra clara y sin abreviaturas.-

El profesional tratante dejará asentado toda alternativa explicada al paciente y responsable que considere importante dejar expresamente aclarado.-