



HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DEL SUR

Necochea 675 – Tel: 0291- 458 -3100
Bahía Blanca - Buenos Aires - Argentina

El Hospital Italiano Regional del Sur, pone a su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se presenta a continuación

¿Qué es el consentimiento informado?

El consentimiento informado es una manifestación de voluntad que emite el paciente, familiar y/o allegado (de manera excepcional), según el caso, para que se lleve a cabo una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender la información pertinente que se le suministra

Acceso a la información

Lo instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimientos y/o tratamientos aconsejados por los profesionales de la salud. Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACION EN REPRESENTACION

Quien suscribe..... DNI..... con domicilio en calle..... de la ciudad de

En razón del actual estado de salud del Sr/Sra. DNI..... con domicilio en la calle..... de la ciudad de..... el/la Dr./a..... ha solicitado su internación, con el fin de que se le realice el estudio y/o tratamiento y/o observación y/o práctica médica (tachar lo que no corresponda) conocida como.....

Manifiesto: Me constituyo en este acto en representante del paciente mencionado ut-supra en razón de que se encuentra actualmente absolutamente imposibilitado de prestar su voluntad, la que no ha expresado anticipadamente y atento que es necesaria la atención sanitaria por el riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. Qué, asimismo, declaro que soy (vínculo familiar) del mencionado paciente

Manifiesto que, con anterioridad a este activo, he recibido información, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos (artículo 59 CCyC) sobre:

- mi actual estado de salud
- los objetivos, alcances, características del procedimiento y/o tratamiento propuesto
- los posibles beneficios derivados de dicho tratamiento
- los riesgos, molestias, efectos adversos previsibles de dicho tratamiento y/o estudio y/u observación y/o práctica médica, incluyendo los riesgos particulares de acuerdo a mis características
- los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento y/o tratamiento y/o estudio y/o practica propuesto
- las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados
- el derecho que me asiste en caso de padecer enfermedad irreversible, incurable o me encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, en cuanto 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 con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también 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. Para el ejercicio de este derecho se le requerirá la suscripción de un consentimiento información específico.

Características de la ciencia medica

Se me ha informado que no es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la medicina no es una ciencia exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que lograr el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados. Comprendo entonces que se emplearon todos los esfuerzos materiales y humanos disponibles para que mis intervenciones sean exitosas y sin complicaciones.

Deber de colaboración

Se me ha informado la importancia para mi salud/integridad y éxito de tratamiento, de cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos y/o enfermeros que me asisten me indiquen. Así como la importancia de informar al equipo profesional tratante de todo antecedente médico personal/familiar

Función formativa

Se me ha informado que el Hospital Italiano Regional del Sur, es una institución orientada a la formación académica en enfermería/medicina de estudiantes de distintas instituciones académicas de la ciudad. Ante ello, doy mi consentimiento expreso para que los/las estudiantes de dichas carreras ESTEN PRESENTES/NO ESTEN PRESENTES (tachar lo que no corresponda) durante mi internación, preservando la confidencialidad que legalmente corresponde, así como que realicen prácticas supervisadas por su profesor a cargo. Que doy mi consentimiento para que la información registrada en mi historia clínica sea empleada con propósitos didácticos resguardando mi identidad (Ley 25326)

He comprendido en su totalidad la mencionada información que se me suministró en forma clara, sencilla, adecuada y gradual, por tal razón presto mi consentimiento informado para el paciente que represento en este acto sea internado/a en el Hospital Italiano Regional del Sur, de acuerdo al requerimiento de mi médico/a tratante

En virtud de ello, presto en este acto mi consentimiento informado expreso y, por tanto, autorizo al ente asistencial para que me brinde las **PRESTACIONES PROPIAS DE UN SERVICIO DE INTERNACION** tales como: provision de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y toda otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención medica que se me efectúe. Así como, autorizo los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos que se requieren como consecuencia de complicaciones y/o emergencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial en razón de la urgencia.

Profesionales actuantes

Se deja expresa constancia que las prestaciones referenciadas en el párrafo precedente son independientes de la atención medica que motiva mi internación, la cual ha sido indicada y será llevada adelante por el Dr./a. referenciado y/o su equipo. Comprendo que dichos profesionales resultan ajenos a la institución sanitaria, por lo cual renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza contra la institución sanitaria con causa en consecuencia que pudieren devenir de la actuación médica del/los citado/s profesional/es. Por ello, entiendo y autorizo que, en caso de ser necesario, el seguimiento clínico o quirúrgico de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales que desarrollen su actividad profesional en el ámbito de la institución sanitaria en la que me interno.

Transfusión sanguínea

Que manifiesto en este acto, expresamente que **ACEPTO/NO ACEPTO** (tachar lo que no corresponda) recibir sangre o productos derivados de la sangre, en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan durante la internación

Entiendo que puedo revocar el presente consentimiento en cualquier momento, sin expresión de causa alguna, comunicándolo de manera fehaciente a la institución sanitaria.

Firma del representante Fecha/..... /.....

Aclaración.....

Profesional médico (firma y sello)