



HICANK
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CUENCA ALTA NÉSTOR KIRCHNER



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



Ministerio de Salud Argentina

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERNACION

DEJO CONSTANCIA que yo (Apellido y Nombre del paciente)

DNI/ Cedula de Identidad/Pasaporte he sido informado por el Médico/a (Apellido y Nombre del Médico/a a cargo)

..... Matrícula Provincial

que necesito internarme, por presentar signos y síntomas sugestivos de la enfermedad / o dolencia:.....

Por este motivo autorizo en forma libre y voluntaria, la realización de todas las prácticas habituales prescriptas por el médico tratante para la internación y/o tratamiento de la enfermedad que tenga como fin el adecuado diagnóstico y/o tratamiento de la misma.

He tenido la oportunidad de preguntar mis dudas al profesional médico/a relacionadas con el motivo de mi internación.

He comprendido mis derechos y obligaciones, de acuerdo a lo dispuesto por la ley N° 26.5291 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la salud; y la modificación hecha por la Ley 26.7422 y sus decretos reglamentarios de Derechos del paciente, Historia Clínica, Consentimiento Informado y Muerte digna que puedo leer al final del documento el lugar donde encontrarlas en internet.

En el marco de la internación autorizo en forma expresa al/a la MEDICO/A tratante y/o equipo asistencial a la realización de los habituales exámenes,

¹ Ver siguiente página al dorso.

² Ver siguiente página al dorso.

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner

pruebas, métodos de diagnóstico y terapéuticos que se estimen adecuados y necesarios para el estudio y tratamiento de mi dolencia o enfermedad.

DEJO CONSTANCIA QUE: el médico/a me ha informado que toda practica invasiva, como por ejemplo una cirugía, tendrá que ser aceptada por mi voluntariamente antes de su realización, a través de otro formulario específico de consentimiento.

En el caso de no estar en condiciones de salud para brindar mi consentimiento informado, o por tratarse de una situación que requiera un procedimiento de emergencia, el consentimiento informado será solicitado a mis allegados (familiares o personas que yo considero representan mejor mis intereses), en caso que ellos no puedan darlo, autorizo a que se me realicen las medidas urgentes de tratamientos validados y científicamente adecuados, a fin de restituir mi salud. En caso de necesitar ayuda en la lectura y firma de este consentimiento, podre recurrir a la colaboración de un familiar que firmará junto conmigo.

ACEPTO QUE se me suministre anestésicos, por indicación médica acorde a la terapéutica propuesta para el tratamiento de mi enfermedad durante la internación.

DECLARO QUE no se me ha brindado seguridad respecto de los beneficios que se esperan de mi internación y que EL/LA MEDICO/A y/o el EQUIPO TRATANTE realizará a su ciencia y experiencia todo lo necesario para cumplir con su labor profesional, con la mayor seguridad posible para lograr los beneficios esperados.

HE SIDO INFORMADO/A Y HE COMPRENDIDO que se pueden presentar reacciones adversas inesperadas y contrarias a las deseadas al tratamiento prescripto que pudiesen poner en riesgo mi vida.

DEJO CONSTANCIA QUE he sido informado/a que en caso de complicaciones inesperadas que requieran un cambio en la complejidad asistencial necesaria, seré trasladado/a a otro establecimiento que cuente con los medios necesarios, regresando al Hospital Cuenca Alta cuando la complejidad requerida lo indique.

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner



HCANK
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER



Se me ha informado que el Hospital realiza tareas de docencia e investigación con el objetivo de una mejor atención de los pacientes.

Acepto que pueden utilizarse mis datos clínicos registrados en la Historia Clínica preservando siempre la confidencialidad en el resguardo de mi identidad. para realizar estudios epidemiológicos y/o exposiciones académicas y actividades docentes.

He sido informado/a que puedo modificar, rectificar, revocar o anular lo que he aceptado con la firma de éste Consentimiento Informado.

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner

Leyes Reglamentarias

1 Ley 26.529. Ministerio de Salud Publica Nación. Ley 26.529. DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Argentina; 2009.: Algunos de los aspectos descriptos son:- los derechos entre los pacientes y los profesionales y las instituciones; con trato digno, respeto; el paciente puede rechazar o aceptar determinadas terapias o procedimientos que le sean propuestos. : Que este Consentimiento es aceptado voluntariamente por el paciente, al haber sido explicado y relacionado con su enfermedad, los beneficios, los riesgos de los estudios y procedimientos a realizar, como las consecuencias previsibles, si no son efectuadas.

Este consentimiento puede ser modificado, si cambia de opinión el paciente, en ese caso se dejará por escrito (revocación del Consentimiento Informado).

Para los mayores de edad: pueden aceptar o no la realización de tratamientos preventivos o no; las que deberán ser aceptadas por mi médico a cargo.

Toda la información relacionada con mi salud podrá ser brindada a terceras personas, solo con mi autorización (en el caso que esté imposibilitado de comprender, por situación física o psíquica mi representante legal o cónyuge, o conviviente, o persona a cargo de la asistencia o cuidado o mis familiares hasta el cuarto grado de lazo de sangre.

<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14366>

2 Ley 26.742 Derechos del Paciente, Ministerio de Justicia Presidencia de la Nación 2012 1-2 y sus derechos reglamentarios: los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir, (en los términos de la ley 26.061) . para tomar decisión sobre tratamiento o procedimientos médicos o biológicos que involucren su salud. Ante una enfermedad irreversible, incurable o en estado terminal tiene el derecho de expresar su voluntad y puede rechazar los procedimientos desproporcionados o extraordinarios relacionados con mejoría o que supongan sufrimiento desmedido. Pero ello no significa que se interrumpen las medidas y acciones para adecuado control de su enfermedad y alivio de su sufrimiento.

El paciente tiene el derecho a recibir cuidados paliativos en el proceso de la atención de su enfermedad o padecimiento.

Las directivas anticipadas solo las puede disponer toda persona capaz, mayor, debiendo ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen prácticas eutanasias, que serán inexistentes para su implementación.

<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=19421>

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERNACIÓN

DECLARO Y RECONOZCO QUE he leído y comprendido el Consentimiento Informado en su totalidad, en todos sus términos y conceptos.

DECLARO QUE: me han dado la oportunidad para hacer todas las preguntas y planteos necesarios y que dichas dudas me fueron evacuadas en forma clara, completa y satisfactoria.

Por ello acepto libre y voluntariamente mi internación, luego de haber sido/a informado/a en relación a los signos y síntomas manifiestos y atribuibles a la enfermedad/dolencia:.....

.....

Yo (Apellido y Nombre del Paciente).....

DNI N°:, con domicilio en, localidad de:

Teléfono de contacto:

Teléfono alternativo: (corresponde a

DESIGNO como mi representante y/o allegado que pueda tomar decisiones en mi carácter (en el caso en que no pueda hacerlo por mí mismo/a) a: (Apellido y Nombre, de la persona subrogante)

..... DNI

Teléfono: con quien tengo el vínculo de:

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner

Especificaciones que el paciente quiera dejar consignadas:

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

Se me ha otorgado la posibilidad de dejar expresa mi voluntad manifestando mis deseos y/o preferencias, por lo que firmo al pie de conformidad con lo actuado, ante testigos de mi conocimiento, salvo casos de imposibilidad para presentarlos, en cuyo caso acepto la testificación que EL/LA MEDICO/A o PERSONAL PROFESIONAL DEL EQUIPO TRATANTE determinen para este acto. Dejo constancia que, el presente Consentimiento Informado puede ser rectificado o revocado por mí en cualquier momento, en diálogo con el equipo tratante, siendo expresado por escrito bajo mi entera voluntad.

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner





EXPRESIONES DE VOLUNTAD DEL PACIENTE³

(Completar según decisión del Paciente):

- En caso de requerir medidas de soporte vital
- Reanimación artificial
- Procedimientos de hidratación
- Procedimientos de alimentación suplementaria
- Vacunación
- Extracción y/o administración de sangre

Dejo constancia que se me ha brindado la posibilidad de rechazarlos si ellos no generan una proporción adecuada de beneficios y prolongan innecesariamente mi tratamiento o van en contra de mis posturas personales.

- Acepto que pueden utilizarse solo mis datos clínicos para realizar estudios epidemiológicos exposiciones académicas actividades docentes

- Asimismo, dejo constancia que POSEO directivas anticipadas dictadas (en caso de tenerlas presentar una copia para adjuntar a la Historia Clínica).

.....

FIRMA PACIENTE

Apellido y nombre:
DNI:
Cañuelas,/...../.....

.....

FIRMA MEDICO/A EQUIPO DE SALUD

Apellido y nombre.:
DNI.....
Cañuelas,/...../.....

.....

TESTIGO/SUBROGANTE

Apellido y Nombre:
Relación con el paciente
DNI:.....
Cañuelas,/ /

³ Completar según decisión del paciente.

Este modelo de Consentimiento Informado ha sido aprobado por el Comité de Ética Clínica y Asistencial del Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta SA.M.I.C. Dr Néstor Kirchner