

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento Psiquiátrico

Se ponen en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación:

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

Acceso a la información: Los 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.

Características de la Ciencia Medicina: 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 es una ciencia no 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 logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Quien suscribe

DNI, con domicilio en calle

de la ciudad de, manifiesto que en razón de mi actual estado de salud mi médico tratante Dr./Dra me ha indicado el inicio y/o la prosecución de **tratamiento psiquiátrico**.

Que mis antecedentes personales de salud son:

Que manifiesto que he realizado tratamientos psiquiátricos con anterioridad al presente **SI / NO** [tachar la que no corresponda].

Manifiesto que he recibido **información (art. 59 CCyC, ley 26529)**, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos, sobre:

- los objetivos, alcances, características del tratamiento propuesto,
- los posibles beneficios derivados de dicho tratamiento,
- los riesgos, molestias, efectos adversos previsibles de dicho tratamiento,
- las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de los alternativos especificados,

En particular:

- **Características de la Ciencia Psiquiátrica:** Rama de la medicina dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y propender a su autonomía.
- Los métodos de tratamiento se dividen en **somáticos** (incluyen fármacos, terapia electroconvulsiva y otros tratamientos que estimulan el cerebro como la estimulación magnética transcraneal y la estimulación del nervio vago), y **psicoterapéuticos** (incluyen la psicoterapia -individual, grupal, o familiar y conyugal-, técnicas de terapia conductual, ej. las técnicas de relajación o la terapia de exposición, y la hipnoterapia).
- **Interconsulta médica:** Que en el caso de que fuere necesario una interconsulta y/o trabajo en equipo con un médico clínico y/o psicólogo, el profesional a cargo del tratamiento lo pondrá en conocimiento de ello.

Deber de colaboración: Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas que el profesional tratante indique, así como a colaborar con brindar la información que sea necesaria/importante para el tratamiento.

Deber de confidencialidad: como regla general todo lo que conozca, oiga, visualice durante el tratamiento NO podrá ser revelado, difundido o ventilado verbalmente/por escrito o por medio informático por el profesional a cargo del tratamiento a terceras personas (ley 26529, ley 25326), salvo las excepciones dispuestas por ley.

Características de la sesión: Que tanto la frecuencia como la duración de cada sesión serán consensuadas con el profesional tratante. El tratamiento es voluntario.

Revocación: Que comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin expresión de causa alguna.

Que en razón de todo lo expuesto, comprendiendo la totalidad de la información suministrada, en especial las características, riesgos y beneficios, tratamientos alternativos, consiento por medio del presente, en plena libertad y con plena capacidad, el inicio y prosecución de **tratamiento psiquiátrico (pudiendo adquirir la modalidad de psicoterapia y/o farmacológico-electroconvulsivo)**, el que será llevado adelante por el/la Dr/Dra
....., en el Sanatorio/Clínica/Hospital [marcar la que corresponda]
.....:

Fecha: / /

.....
Firma Paciente

.....
Aclaración Paciente

Declaración del médico tratante - capacidad de decisión: Que declaro que el paciente aquí firmante, cuenta actualmente con capacidad de comprender y entender la información fundamental sobre el tratamiento psiquiátrico, analizar tal información según su sistema de valores y comunicar libremente su decisión, ello en razón de haber valorado la capacidad del paciente de acuerdo a tales parámetros. Declaro asimismo, que no constan en nuestros registros Sentencia Judicial emanada en proceso de determinación de la capacidad en relación al mencionado paciente.

.....
Firma Médico Tratante

.....
Sello Médico Tratante

CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

Supuesto de que el paciente, Sr./Sra. se encontrare absolutamente imposibilitado para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente.

Por el presente, manifiesto mi consentimiento informado en representación, para que la realización de tratamiento psiquiátrico al Sr./Sra., a ser brindado por el Dr./Dra.
..... en virtud del vínculo que me legitima: [especificar vínculo con paciente].

.....
Firma

.....
Aclaración