

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Internación en Representación

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.

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

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 calle ....., el Dr/Dra .....  
**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 la 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.

**Vínculo:** Declaro que soy ..... [indicar vínculo familiar] del mencionado paciente y por tal razón plenamente legitimado en los términos del art. 59 CCyC.

Que el citado profesional de la salud informa que el **diagnóstico / diagnóstico presuntivo** [tachar la que no corresponde] es de .....

Los antecedentes personales del paciente son: .....

Los estudios/tratamientos previos realizados/conocidos son: .....

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales del paciente, se podría asociar algún riesgo específico a su persona agregado, como puede ser: .....

Que manifiesto que con anterioridad a este acto, he recibido **INFORMACIÓN**, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos, sobre (art. 59 CCyC):

- el actual estado de salud del paciente,
- 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/o observación y/o práctica médica,
- los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento y/o tratamiento y/o estudio y/o práctica médica propuesto,
- las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados,
- el derecho que le asiste en caso de padecer enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo 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 desmesura-

do, 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 informado específico.**

Que se deja constancia que en el supuesto de requerir información adicional sobre su proceso asistencial, podrá hacerlo en el momento que lo desee.

**Características de la Ciencia Médica:** 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 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. Comprendo que se emplearán todos los esfuerzos materiales y humanos disponibles para que las intervenciones sean exitosas.

**Deber de colaboración:** Se me ha informado la importancia para la salud/integridad y éxito del tratamiento del paciente que aquí represento, cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos y/o enfermeros que le asistan indiquen. Así como la importancia de informar al equipo profesional tratante todo antecedente médico personal/familiar. La negativa a facilitar los datos o la inexactitud de los datos que se brinden podrá ocasionar graves inconvenientes en el proceso de atención sanitaria.

**Función formativa:** Se me ha informado que el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] ..... es una institución orientada a la formación académica en enfermería/medicina de estudiantes de distintas instituciones académicas de la ciudad. Ante ello, los profesionales a cargo de la atención solicitarán autorización para que durante la internación los/las estudiantes de dichas carreras se hagan presentes, así como realicen prácticas supervisadas por el profesional a cargo y utilicen la información registrada en la historia clínica con propósitos didácticos, resguardando su identidad (Ley 25.326).

**Transfusión Sanguínea:** Que manifiesto expresamente que **acepto / no acepto** [tachar la que no corresponda] que el paciente que represento en este acto reciba sangre o productos derivados de la sangre, en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan.

Que he comprendido en su totalidad la mencionada información que se me suministró, por tal razón **presto mi consentimiento informado para que el paciente que represento en este acto sea internada/o** en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] ..... de acuerdo al requerimiento de su médico/a tratante.

En virtud de ello, presto en este acto **mi consentimiento informado expreso** y por tanto, autorizo al ente asistencial para que brinde al paciente que aquí represento las **PRESTACIONES PROPIAS DE UN SERVICIO DE INTERNACIÓN** tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y toda otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se le efectúe. Tales prestaciones serán brindadas de acuerdo a la complejidad y materiales disponibles con que cuenta dicha Institución Sanitaria, los que resultan ser los razonables de acuerdo al estado de la ciencia y técnica correspondiente a la actividad en cuestión en la ciudad de ..... y siempre que la institución tenga disponibilidad actual. Así como autorizo los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos que se requieran como consecuencia de complicaciones y/o emergencias y/o urgencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial en razón de la urgencia, según el criterio de los profesionales.

Que comprendo que en cualquier momento y sin brindar explicaciones puedo **revocar/retirar** el consentimiento a la internación y tratamiento médico.

Fecha: ..... / ..... / .....

.....  
Firma y Aclaración  
Representante

.....  
Firma y Sello  
Médico tratante