

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Menor de 13 años

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 mi carácter de representante legal, siendo el
progenitor / tutor [tachar la que no corresponde] -art. 26 CCyC- de _____,
DNI _____, con domicilio en calle _____, en razón
del actual estado de salud del nombrado, el/la Dr/Dra _____
ha solicitado su internación en el Hospital/Sanatorio/Clínica _____.

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

Los antecedentes personales del niño/niña son: _____.

Los estudios/tratamientos previos a la internación realizados, relacionados con la presente situación sanitaria: _____.

Debido a las características médicas, psicológicas y sociales de quien suscribe, se podría asociar algún riesgo específico 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:

- 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 mi representado una 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 desmesurado, también el 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, así como podrá obtener copia de la Historia Clínica (Ley 26.529).

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 entonces que se emplearán todos los esfuerzos materiales y humanos disponibles para que las intervenciones sean exitosas y sin complicaciones.

Deber de colaboración: Se me ha informado la importancia para la salud/integridad psico-física y éxito del tratamiento, de 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 brinde su titular podrá ocasionar graves inconvenientes en el proceso de su 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, **acepto / no acepto** [tachar la que no corresponda] que los/las estudiantes de dichas carreras se hagan presentes durante la atención sanitaria, así como realicen prácticas supervisadas por el profesional a cargo y utilicen la información registrada en la Historia Clínica con propósitos didácticos, resguardando la identidad (Ley 25.326).

Transfusión: Que manifiesto expresamente que **acepto / no acepto** [tachar la que no corresponda] que el paciente menor de edad 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, durante la internación.

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

Que en razón de todo lo expuesto, comprendiendo la totalidad de la información suministrada, comprendiendo los objetivos y riesgos presto mi **CONSENTIMIENTO INFORMADO** para que sea internado/a en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] a fin de que se le efectúen los tratamientos y/o procedimientos y/o estudios y/o práctica médica que fueren necesarios/indicados de acuerdo a su estado de salud, bajo la atención del equipo sanitario en la institución.

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.

En particular autorizo al ente asistencial para que le brinde al niño/niña que represento las prestaciones propias de su servicio de internación, por ej. atención de enfermería, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, laboratorio, nutrición, diagnóstico por imágenes, etc. Así como los que se presenten como necesarios como consecuencia de complicaciones y/o emergencias.

Fecha: / /

.....
Firma y Aclaración
Representante

.....
Carácter Representante
(progenitor/tutor)

.....
Firma y Sello
Médico tratante

.....
Nombre y Apellido
Progenitor no firmante

.....
DNI Progenitor
no firmante