

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO** **Internación Adolescente (entre 13 y 16 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.

**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**

#### **Práctica invasiva, Internación adolescente entre 13 y 16 años**

Quien suscribe, .....

DNI ....., con domicilio en calle .....

de la ciudad de ..... . Que en razón de mi actual esta-

do de salud el/la Dr/Dra ..... **ha solicitado mi internación**, con

el fin de que se me realice el **estudio y/o tratamiento y/o observación y/o práctica médica** [tachar la que no corresponda]

conocida como: .....

considerado un tratamiento invasivo (ver Información Adicional, ANEXO I adjunto) que puede comprometer mi salud y/o poner en riesgo mi integridad y/o mi vida.

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

Los antecedentes personales son: .....

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 **INFORMACION**, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos, sobre (art. 59 CCyC, art.2 inc. F, Ley 26529):

- 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/o 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 práctica médica propuesto, 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 práctica médica propuesta,
  - 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 informado específico**.

En el supuesto de requerir información adicional sobre su proceso asistencial, podrá hacerlo en el momento que lo desee.

**Deber de colaboración:** Se me ha informado la importancia para mi salud/integridad psico-física y éxito del tratamiento, de cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos y/o enfermeros que me asistan me 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 mi 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 mi identidad (Ley 25.326).

**Transfusión Sanguínea:** Que manifiesto en este acto expresamente que **acepto / no acepto** [tachar la 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.

Que he **comprendido en su totalidad** la mencionada información que se me suministró en forma clara, sencilla, precisa, adecuada y gradual, por tal razón **presto con plena libertad mi consentimiento informado para ser internado/a** en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] ..... de acuerdo al requerimiento de su médico/a tratante.

#### **Consentimiento Conexo:**

En virtud de ello, presto en este acto **mi consentimiento informado expreso** y por tanto, autorizo al ente asistencial denominado ..... para que me brinde 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 y tuvieran por único fin resguardar mi salud y mi integridad.

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

.....  
Firma y Aclaración  
Paciente

.....  
Firma y Sello  
Médico tratante

---

**ASENTIMIENTO PROGENITORES** (ver Información Adicional, ANEXO I adjunto)

En cumplimiento de lo normado por el art. 26 CCyC, quien suscribe .....  
DNI ....., con domicilio en calle ..... de la  
ciudad de ....., en mi carácter de progenitor / tutor [tachar lo que no corres-  
ponda] de ....., DNI ....., luego de recibir  
información en forma clara, sencilla, precisa, adecuada y gradual sobre las características, objeto, alternativas, riesgos,  
beneficios, derechos y obligaciones, presto con plena libertad, mi asentimiento para que .....  
sea internada/o en el Hospital / Sanatorio / Clínica [marcar la que corresponda] .....,  
según el requerimiento de su médico/a tratante, comprendiendo que es tratamiento invasivo que puede comprometer  
su salud y/o poner en riesgo su integridad y/o vida.

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

.....  
Firma Progenitor

.....  
Aclaración Progenitor

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
***Internación Adelescente (entre 13 y 16 años)***

**Anexo I**  
Información Adicional

---

**1. Tratamientos invasivos.**

Concepto jurídico indeterminado. En respeto por el principio de capacidad progresiva reconocido en la Convención internacional de derechos del niño y dejando, por tanto atrás la categoría capaz/incapaz, se permite el ejercicio de cierto grado de autodeterminación en equilibrio con derecho a percibir cierto grado de protección.

El concepto "invasivo" debe interpretarse según el riesgo que el tratamiento implique para la salud/vida/integridad y en consonancia con leyes específicas. Procurando la no judicialización de estos casos.

**2. Asentimiento Progenitores**

La responsabilidad parental se guía por los siguientes principios (art. 639 CCyC):

- el interés superior del niño;
- la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo. A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos;
- el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

Sobre dicha base y en respeto del interés superior del niño es que el/los progenitores/tutores acompañan al adolescente en el proceso asistencial respetando sus derechos y protegiendo su integridad.