

Estimado paciente

El Sanatorio Anchorena le solicita que lea atentamente este documento.

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación, y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos.

Es importante que Ud. efectúe todas las preguntas que crea necesarias con el fin de salvaguardar su derecho a estar adecuadamente informado. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACION

Considerando que se pretende lograr un beneficio para mi salud, entiendo la conveniencia de mi internación en el Sanatorio Anchorena para que se me efectúen los estudios diagnósticos, así como el tratamiento correspondiente y comprendo que no es posible garantizar los resultados del mismo.

El presente consentimiento no permite al Sanatorio Anchorena efectuar procedimientos en quirófano, administrar anestesia general o peridural, drogas quimioterápicas o sustancias radioactivas. Para cada una de estas situaciones deberá firmar los consentimientos correspondientes.

Después de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones respecto, de la internación, las que he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión, dejo expresa constancia de lo siguiente:

Presto mi consentimiento:

1. Presto mi consentimiento informado respecto de la internación en el Sanatorio Anchorena, para que se efectúen los procedimientos diagnósticos o tratamientos que se crean convenientes acorde a mi situación clínica.
2. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. **SI** **NO**
3. **SI TENGO ANTECEDENTES ALERGICOS** (Completar formulario DIR-R021- ALERTA ALERGIA PROBABLE)
 NO TENGO ANTECEDENTES ALERGICOS
4. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
5. Entrego el consentimiento para que la institución o su equipo de salud utilicen en forma anónima los datos relevantes de mi Historia Clínica con fines de evaluación de la calidad o trabajos científicos.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. Esta autorización se solicita en concordancia con lo establecido por la Ley 26.529 y su modificatoria la ley 26.742.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDO

DNI N°.....PARENTESCO.....

FIRMAACLARACION

PARA PACIENTES ADMITIDOS AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

Firma de Medico de Emergencias: _____ Aclaración: _____

Nota: Los Derechos del Paciente están disponibles en todo el ámbito del Sanatorio y en nuestra página web.