



DIRECCIÓN

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
GUARDIA E INTERNACION**

Tipo de documento: Documento

Código: DIR-D008

Versión: 02

Vigencia: 23/11/2015

Estimado paciente

El Sanatorio Anchorena le solicita que lea atentamente este documento que es acompañado por una copia de los Derechos del Paciente que rigen en todo el ámbito del Sanatorio.

El Consentimiento Informado es una autorización que otorga primariamente el paciente o eventualmente su familia próxima, según al caso, para permitir que se realice una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de haber recibido la información adecuada y poder comprender en qué consiste, cuales son los riesgos y los beneficios potenciales, como también sus probables y posibles consecuencias.

Para que efectivamente lo mencionado en el párrafo anterior pueda cumplirse es relevante que Ud. efectúe todas las preguntas que crea necesarias con el fin de salvaguardar su derecho a estar adecuadamente informado, siendo su deber el de hacernos saber que ha comprendido lo explicado, manifestando su entendimiento firmando el presente documento.

Es muy importante que sepa que el presente consentimiento no permite al Sanatorio Anchorena efectuar procedimientos en quirófano, administrar anestesia general o peridural, drogas quimioterápicas o sustancias radioactivas. Para todas estas situaciones deberá firmar nuevos consentimientos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACION

El suscripto por medio del presente documento manifiesto que:

Considerando el diagnóstico deefectuado con la información que se ha podido obtener, la conveniencia de mi internación en el Sanatorio Anchorena para que se me efectúen los estudios diagnósticos, así como el tratamiento correspondiente, entendiendo que con dicha internación se pretende lograr un beneficio para mi salud; he sido plenamente informado/a acerca de los riesgos propios directos y/o asociados así como de las posibilidades de evolución del tratamiento propuesto, aceptando y entendiendo que no es posible garantizar los resultados del mismo.

Que la obligación de los profesionales de la salud, es de medio y no de resultado. He recibido información acerca de las distintas alternativas diagnósticas y/o de tratamiento así como de los riesgos asociados a las mismas y después de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones respecto del diagnóstico, de la internación, y tratamiento aconsejados, las que he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión de los temas médicos, dejo expresa constancia de lo siguiente:

Presto mi consentimiento:

1. Presto mi consentimiento informado respecto de la internación en el Sanatorio Anchorena, encontrándome bajo la atención profesional del (Médico o Servicio)
..... así como del equipo profesional de la institución o de mi cobertura médica para que se efectúen los procedimientos diagnósticos o tratamientos que se crea conveniente acorde a mi situación clínica (colocar el motivo de la internación).....

2. Presto mi consentimiento informado expreso respecto de la realización de todas las prácticas médicamente aceptadas, cuya necesidad sea determinada durante la internación, incluyendo todos los estudios diagnósticos de laboratorio o imágenes, tratamientos clínicos y prácticas de enfermería o kinesiología que requiera, pudiendo modificar y/o ampliar los mismos según el criterio de los profesionales médicos actuantes, así como los que se presenten como consecuencia de complicaciones y/o emergencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial.

3. He comprendido que siempre existen riesgos asociados con el suministro de Anestesia local o sedación consiente, si el mismo fuese necesario según criterio médico, y lo acepto y comprendo.

4. Acepto recibir sangre o productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan.

SI NO

5. Es posible que durante su internación este expuesto a fármacos derivados de la penicilina, de las sulfas, antiinflamatorios, como así también se le indiquen estudios de imágenes (Tomografías Computadas o Resonancias Magnética Nuclear) que requieran la administración de sustancias de contraste (Iodo) o paramagnéticas (Gadolinio) o que se utilicen elementos con látex para las cuales:

SI HE TENIDO ANTECEDENTES ALERGICOS A _____

NO TENGO ANTECEDENTES ALERGICOS

Prestando consentimiento para su administración.

6. 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.

7. 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.

8. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mí 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.

Si no comprendió, no firme sin antes recibir las respuestas y aclaraciones necesarias.

DECISIONES ANTICIPADAS

Se denominan decisiones anticipadas a un conjunto de instrucciones que en forma anticipada el paciente entrega al Médico de Cabecera o al equipo de salud del Sanatorio Anchorena para asegurar que se respete su voluntad en caso de encontrarse imposibilitado de expresarlas. Estas decisiones por lo general están relacionadas a rechazar intervenciones invasivas o limitar el uso de técnicas médicas de soporte vital



DIRECCIÓN

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
GUARDIA E INTERNACION**

Tipo de documento: Documento

Código: DIR-D008

Versión: 02

Vigencia: 23/11/2015

avanzado como el uso de respiradores o hemodiálisis que generalmente son aplicadas en unidades de Terapia Intensiva.

Si Ud. ha confeccionado por favor marque el SI y entréguelas al Medico que efectúa su internación, el hará una copia y le devolverá el original.

SI he redactado Decisiones Anticipadas

NO he redactado Decisiones Anticipadas

REVOCABILIDAD

Tomo conocimiento específico que puedo revocar la autorización que por este documento otorgo, y que en ese caso, de conformidad con lo establecido por el artículo 10 de la 26.529, y su modificatoria ley 26472, se dejará la debida constancia en mi historia clínica.

RECHAZO

De conformidad con lo establecido por el artículo 10 de la 26.529, y su modificatoria ley 26472, rechazo y en consecuencia no manifiesto mi consentimiento informado para la internación que se me propone.

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: _____