

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:.....
(Acuerdo de los pacientes para procedimiento diagnóstico y/o terapéutico).

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE (COMPLETO).....

DOCUMENTO ÚNICO:..... SEXO: F..... M..... FECHA DE NACIMIENTO...../...../..... EDAD:

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE

PROFESIÓN / ESPECIALIDAD..... DOCUMENTO..... MATRÍCULA NRO:

(*) PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD: (con apropiado conocimiento del procedimiento propuesto)

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO PROPUESTO Y MONODROGA:

DESCRIBA EL PROPÓSITO DEL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO CON LETRA CLARA (NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR)

.....
.....

HE EXPLICADO AL PACIENTE EL PROCEDIMIENTO QUE SE LE REALIZARÁ EN PARTICULAR EXPLICÁNDOLE, LOS BENEFICIOS PRETENDIDOS:

.....
.....

RIESGOS SEVEROS Ó FRECUENTES:

.....
.....

RIESGOS PERSONALIZADOS:

.....
.....

OTROS PROCEDIMIENTOS EXTRAS QUE PUEDAN SER NECESARIOS DURANTE EL TRATAMIENTO:

OTROS PADECIMIENTOS (por favor especifique)

.....
.....

1. HE SIDO INFORMADO DE LAS ALTERNATIVAS POSIBLES DEL TRATAMIENTO.
2. ACEPTO LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS Y ANALÍTICOS, INTERCONSULTAS CON CUALQUIER OTRO SERVICIO MÉDICO Y EN GENERAL, CUALQUIER MÉTODO QUE SEA PROPUESTO EN ORDEN A LAS CONSECUENCIAS DE LOS FINES PROYECTADOS Y CONOCER EL ESTADO GENERAL DE MI SALUD. TAMBIÉN HE SIDO INFORMADO DE QUE DEBO SEGUIR LOS CONSEJOS Y PAUTAS DE TRATAMIENTO DADOS POR EL/LOS PROFESIONAL/ES Y QUE EL/LOS MISMO/S DEBERÁ/N CONSULTAR CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE OCURRA QUE LE/S PAREZCA ANORMAL. ADEMÁS DEBO SEGUIR METICULOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES DADAS POR LOS PROFESIONALES SOBRE TODO LO CONCERNIENTE A ESTE TRATAMIENTO.
3. ADEMÁS DE ESTA INFORMACIÓN QUE HE RECIBIDO, SERÁ INFORMADO/A EN CADA MOMENTO Y A MI REQUERIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE MÍ PROCESO DE MANERA VERBAL Y/O ESCRITA SI FUERA NECESARIA A CRITERIO DEL O LOS DOCTOR/ES INTERVINIENTE/S.
4. ME HA SIDO EXPLICADO QUE PARA LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ES IMPRESCINDIBLE MI COLABORACIÓN CON UN CUMPLIMIENTO EN CUANTO A LAS PROHIBICIONES INDICADAS Y CON VISITAS PERIÓDICAS PARA MI CONTROL, CUMPLIR PUNTUALMENTE CON LAS DOSIS DE MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL/LOS MÉDICOS TRATANTES EN TIEMPOS Y CANTIDADES ORDENADAS LAS RECETAS, SIENDO ASÍ QUE SU OMISIÓN PUEDE PROVOCAR RESULTADOS DISTINTOS A LOS ESPERADOS.

(*) Requisitos especiales (por ejemplo otro idioma u otro método de comunicación)

EL DR./A ME HA EXPLICADO LA NATURALEZA Y PROPÓSITOS DEL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y/Ó TERAPÉUTICO PROPUESTO, LAS POSIBLES ALTERNATIVAS AL MISMO Y LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE NO REALIZARLO.

HE COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN Y TENIDO TIEMPO DE PENSAR SOBRE ELLA, SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS, Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS COMPLETA Y SATISFACTORIAMENTE.

CONFIRMO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO PERFECTAMENTE LO ANTERIOR Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCOS HAN SIDO RELLENADOS ANTES DE MI FIRMA.

EN EL SUPUESTO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE, O IMPOSIBILIDAD DE BRINDAR CONSENTIMIENTO INFORMADO A CAUSA DE SU ESTADO FÍSICO Ó PSÍQUICO, EL MISMO PODRÁ SER DADO POR LAS PERSONAS MENCIONADAS EN EL ARTÍCULO 21 DE LA LEY 24.193, CON LOS REQUISITOS Y CON EL ORDEN DE PRELACIÓN ALLÍ ESTABLECIDO QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLA:

- a) - EL CÓNYUGE NO DIVORCIADO QUE CONVIVA CON EL PACIENTE, O LA PERSONA QUE SIN SER SU CÓNYUGE CONVIVA CON EL EN RELACIÓN DE TIPO CONYUGAL NO MENOS ANTIGUA DE TRES (3) AÑOS, EN FORMA CONTINUA E INTERRUMPIDA;
- b) - CUALQUIERA DE LOS HIJOS MAYORES DE DIECIOCHO 18 AÑOS;
- c) - CUALQUIERA DE LOS PADRES;
- d) - CUALQUIERA DE LOS HERMANOS MAYORES DE DIECIOCHO 18 AÑOS;
- e) - CUALQUIERA DE LOS ABUELOS;
- f) - CUALQUIER PARIENTE CONSANGUÍNEO HASTA EL CUARTO GRADO INCLUSIVE;
- g) - CUALQUIER PARIENTE POR AFINIDAD HASTA EL SEGUNDO GRADO INCLUSIVE;
- h) - EL REPRESENTANTE LEGAL, TUTOR O CURADOR.

CONFORME LA ENUMERACIÓN ESTABLECIDA PRECEDENTEMENTE Y RESPETANDO EL ORDEN QUE ALLÍ ESTABLECE, LAS PERSONAS QUE TESTIMONEN O DEN CUENTA DE QUE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRE EN ORDEN MÁS PRÓXIMOS EXCLUYEN EL TESTIMONIO DE LAS QUE SE ENCUENTREN EN UN ORDEN INFERIOR. EN CASO DE RESULTAR CONTRADICCIONES EN LOS TESTIMONIOS DE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN EL MISMO ORDEN, SE ESTARÁ A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 19 BIS. (SI EL PACIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS SE PODRÁ PROCEDER AL TRATAMIENTO)

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE O REPRESENTANTE SEGÚN ARTÍCULO 21 DE LA LEY 24.193:

Lugar y Fecha.....
Firma.....
Aclaración:.....

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD:

Lugar y fecha:
Firma:.....Especialidad.....
Sello.....
