

CONSENTIMIENTO GENERAL DE INTERNACIÓN PARA PACIENTES QUE VAN A SER TRATADOS POR MÉDICOS Y/O SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN.

Ciudad y fecha: _____/____/____

1. Yo, , habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, solicito ser internado en , de acuerdo a lo que ha sido requerido por mi médico, Dr./a , con el fin de que se me realice el estudio o intervención quirúrgica conocido como:

2. En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que vuestro establecimiento asistencial me brinde las prestaciones propias del servicio de internación que requiero, tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, atención médica de urgencia o de UTI, medicamentos, servicios laboratorio o diagnóstico por imágenes, alojamiento y nutrición. Asimismo manifiesto que entiendo y autorizo que, en el caso de ser necesario, el seguimiento clínico o quirúrgico de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales que presten servicios para la Institución en la que me interno.

3. En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que con anterioridad a este acto se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles de acuerdo a la sintomatología que presento, y los riesgos propios del tratamiento o procedimiento médico que en definitiva se me realizará.

4. Estoy en conocimiento de que durante el curso de la intervención médica condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que he autorizado al equipo médico, extensiva a quienes estos deleguen, la realización de los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiéndolos riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.

5. Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al tratamiento a realizarme, y reconozco que la medicina es una ciencia no exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que por la individualidad propia de cada paciente, puedan presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los cuadros tratados, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones más prudentes.

6. Se me ha explicado que en cualquier momento, durante mi internación y/o antes de llevarse a cabo el procedimiento, puedo rechazar la continuidad de la atención y/o la intervención o estudio aludido, rechazando su ejecución, debiendo comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

Firma del paciente:

Aclaración:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente deajo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: **Documento:**

Teléfono: **Teléfono:**

Domicilio: **Domicilio:**

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

