

MINISTERIO DE SALUD PCIA DE BUENOS AIRES

Superintendencia De Servicios De Salud
Resolución N° 561/2014

Expediente N° 244522/2013 del Registro de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, y la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742, y el Decreto N° 1089 de fecha 5 de julio de 2012.

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

Entre el/la Sr./Sra.DNI:....., domicilio real....., representada en este acto por, en adelante "EL PACIENTE" por una parte, y por la otra el Dr. matricula.....DNIdomicilio real..... y el Dr.matricula.....DNI.....domicilio real en adelante "EL PROFESIONAL O EQUIPO MÉDICO", se conviene la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, Ley N° 26.657, Ley N° 26.742 y su Decreto reglamentario N° 1089/2012, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: EL PROFESIONAL, luego de la evaluación de EL PACIENTE le informa que éste padece (explicar la naturaleza de la patología y su evolución natural)

SEGUNDA: EL PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero, realizar el siguiente procedimiento (explicar en que consiste procedimiento propuesto y como se llevará a cabo)

Los beneficios razonables del tratamiento propuestos consisten (detallar los cuidados anteriores y posteriores que el paciente tendrá que realizar)

Las consecuencias de la denegación por parte de EL PACIENTE son:

.....
.....
.....
.....

(el profesional deberá explicar que consecuencias tendrá el paciente si no se realiza el tratamiento propuesto)

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones mortalidad y secuelas son

.....
.....
.....
.....

(se deberá describir las complicaciones comunes de cualquier intervención y las potencialmente serias en función del estado de salud del paciente)

Como alternativa de tratamiento EL PROFESIONAL ha propuesto

.....
.....
.....
.....

EL PROFESIONAL informa que el tipo de anestesia que se va aplicar y sus riesgos son

.....
.....
.....

TERCERA: EL PROFESIONAL informa que cuando el paciente presenta una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en un estadio terminal, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.

EL PACIENTE ACEPTA/RECHAZA la reanimación artificial (tachar lo que no corresponde)

EL PACIENTE ACEPTA/RECHAZA el retiro de medidas de soporte vital (tachar lo que no corresponde)

CUARTA: EL PROFESIONAL también informa que EL PACIENTE podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

EL PACIENTE ACEPTA/RECHAZA procedimientos de hidratación (tachar lo que no corresponde).

EL PACIENTE ACEPTA/RECHAZA procedimientos de alimentación (tachar lo que no corresponda).

QUINTA: EL PROFESIONAL informa que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación.

Los pacientes con padecimiento mental tienen derecho a ser informados de manera adecuada y comprensible de los derechos que les asisten, y de los inherentes a su salud y tratamiento.

Ante la imposibilidad o la incapacidad de brindar el consentimiento informado a cualquier actuación profesional, podrán hacerlo el cónyuge o convivientes, los hijos mayores de 18, los padres, los hermanos, los abuelos, otros familiares directos o el tutor.

EL PACIENTE designa a en 1º lugar y a en 2º lugar.
(nombrar a los familiares designados)

SEXTA: EL PACIENTE en este acto OTORGA/NO OTORGA el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

SEPTIMA: el consentimiento que por este acto emite EL PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos.

El paciente SI/NO AUTORIZA A EL PROFESIONAL a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos.

El paciente SI/NO AUTORIZA A EL PROFESIONAL ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.

OCTAVA: EL PACIENTE reconoce que ha sido acompañado por EL PROFESIONAL en la explicación y la redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho por la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto a los procedimientos que realizarán en su zona de reserva.

NOVENA: EL PROFESIONAL se constituye en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la historia clínica N° que se encuentra guardada bajo fieles medidas de seguridad que personalmente ha supervisado en

DECIMA: EL PROFESIONAL por este acto entrega el segundo ejemplar de un mismo tenor al Sr/Sra.

DECIMA PRIMERA: las partes declaran que el lugar donde se llevó adelante la redacción del presente consentimiento informado es en
(ciudad, sanatorio, hospital y consultorio). Ubicado en calle y que el lugar de cumplimiento del presente contrato es

DECIMA SEGUNDA: para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen domicilio en el encabezado del presente, donde serán válidas todas las comunicaciones.

En prueba de conformidad de las cláusulas precedentes, siendo las hs, se formaliza el presente convenio en dos ejemplares, de igual tenor y a un solo efecto, en la ciudad de a los del mes del año

FIRMA DEL PACIENTE.....
ACLARACIÓN:

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:
.....
NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:
.....

FIRMA DEL PROFESIONAL:
NOMBRE DEL PROFESIONAL:

FIRMA DEL PROFESIONAL:
NOMBRE DEL PROFESIONAL:

FIRMA DEL PROFESIONAL:
NOMBRE DEL PROFESIONAL:

FIRMA DEL PROFESIONAL:
NOMBRE DEL PROFESIONAL:

LUGAR Y FECHA: