

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE RECHAZAN TRANSFUSIONES DE SANGRE	Página: 1 de 1
		Versión: 00
	ADM-FOR-001	Vigencia: junio/15

Buenos Aires, de de 20.....

Señores
Congregación Hijas de San Camilo
Presente

De mi consideración:

El suscripto....., se dirige a Uds.
A los efectos de poner en vuestro conocimiento que:

He sido total y claramente informado por el Dr./a:..... sobre la intervención quirúrgica que se me realizará en la **Clínica “San Camilo”**, como de los riesgos inherentes a la misma.

En consecuencia autorizo al citado profesional y/o su equipo médico y/o a los profesionales que él designe y/o a los profesionales a cargo de los servicios de esa institución, a efectuar los tratamientos médicos y/o quirúrgicos necesarios en mi persona, facultándolos a realizar cualquier procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados estime conveniente **con excepción de transfusiones de sangre (sangre entera, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas o plasma sanguíneo)** aún si los médicos la consideraran necesarias para preservar mi vida o mi salud, por mi condición de Testigo de Jehová, reiterando que se me ha explicado y he tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervenciones mencionadas, quedando así mismo debidamente aclarado y aceptado, que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado del tratamiento y/o intervención a que seré sometido/ a, asumiendo sin objeciones, para el caso que se produzcan, las consecuencias emergentes.

Sin otro particular, saludo a Uds. muy atentamente,

Firma: ..

Aclaración:.....

Nº de Documento:

.....
Firma y sello del Profesional.

SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE:

Dejo constancia que la autorización brindada en el presente consentimiento es realizada en nombre del paciente, quien es menor / incapaz.

Firma:

Aclaración:

Nº de Documento:

Parentesco:

“La Congregación Hijas de San Camilo pone en su conocimiento que dispone de una base de datos de pacientes registrada ante la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y que sus datos serán utilizados con fines profesionales para brindarle el servicio/atención médica. Como consecuencia de ello, le informamos que la Congregación Hijas de San Camilo cumple con ley 25.325 y las disposiciones dictadas por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales en materia de protección de datos personales. Los titulares de los datos podrán ejercer en Av. Ángel Gallardo 899 (por escrito o personalmente y) previa acreditación de su identidad o de facultades suficientes de representación el derecho de acceso, rectificación, actualización, de sometimiento a confidencialidad y/o de supresión de los datos personales que hubieran sido recabados y formen parte de dicha base de datos. Para obtener más información sobre este tema, deberá enviar un email a datospersonales@clnicasancamilo.org.ar”.