

	CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO	Página: 1 de 1
		Versión: 00
	ADM-FOR-004	Vigencia: junio/15

Buenos Aires de de 20....

Señores
 Congregación Hijas de San Camilo
 Presente

Consentimiento Informado Quirúrgico

Luego de haber recibido información clara, suficiente y adecuada suministrada por el Dr/a respecto de:

1. Mi estado de salud y diagnóstico actual de
2. La conveniencia de que se me efectúe (En adelante la operación aconsejada).
3. Los objetivos propuestos con la operación aconsejada.
4. Los beneficios razonablemente esperables con la operación aconsejada.
5. Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles, propios de la operación aconsejada, y aquellos otros provenientes de reacciones inesperadas de mi organismo, imposibles de prever mediante la aplicación de los métodos aconsejados por la medicina actual.
6. Los procedimientos alternativos a la operación aconsejada, con sus riesgos, beneficios y perjuicios.
7. Las consecuencias previsibles de la no realización de la operación aconsejada o sus alternativas.

Después de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas que he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión de los temas médicos y de solicitar todas las aclaraciones respecto del diagnóstico y de la operación aconsejada, dejo constancia escrita de lo siguiente:

1. Presto mi consentimiento informado para la realización de la operación aconsejada.
2. Presto mi consentimiento informado para la realización de las prácticas mínimamente invasivas previsibles durante mi internación, tales como colocación de vías venosas, sondas nasogástricas, vesicales, etc.
3. Presto mi consentimiento informado para la realización de todas las prácticas no previstas, cuya necesidad sea determinada durante la realización de la operación aconsejada, o que se presenten como consecuencias de complicaciones y respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial.
4. Presto mi consentimiento informado para la realización de los exámenes complementarios que las reglas del arte indiquen como necesarios o convenientes.
5. He comprendido que existen riesgos asociados con el suministro de anestesia.
6. Acepto recibir sangre o productos derivados de la sangre, en caso de que ello sea necesario, y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan.
7. Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos que me asistan me indiquen y a colaborar con ellos en la medida de mis posibilidades.
8. He tomado conocimiento de que este consentimiento puede ser revocado por mi parte.
9. En cumplimiento de las normas vigentes para la facturación de las prestaciones medico-asistenciales, autorizo el envío de una copia de mi historia clínica a mi obra social o prepago. Asimismo, en caso de ser necesario, autorizo también la entrega de una copia de los protocolos operatorios a los profesionales de las distintas especialidades que realizarán la intervención programada.

Firma: ..

Aclaración:.....

N° 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:

N° 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”.