

	CONSENTIMIENTO INFORMADO CLÍNICO	Página: 1 de 1
		Versión: 02
	ADM-FOR-005	Vigencia: Abril/20

Buenos Aires de de 20.....

Señores
Congregación Hijas de San Camilo
Presente

CONSENTIMIENTO INFORMADO CLÍNICO

1. Luego de haber recibido información clara, suficiente y adecuada, en relación con mi estado de salud y diagnóstico actual de, así como de los objetivos, alcances, características y consecuencias de mi internación, doy mi consentimiento para la misma.
2. En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a la Clínica San Camilo, para que me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación, tales como la provisión de quirófano y/o salas de procedimientos, atención de enfermería, atención médica de urgencia o en el servicio de cuidados intensivos, medicamentos, diagnóstico por imágenes, alojamiento, nutrición, laboratorio y toda otra que resulte necesaria para mi adecuada atención médica.
3. En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que se me ha explicado la naturaleza y objetivo del tratamiento que se me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles y los riesgos propios de los distintos procedimientos médicos a los que seré sometido.
4. Asimismo manifiesto que entiendo y autorizo que, en el caso de ser necesario, el seguimiento clínico de mi dolencia sea realizado por los diferentes profesionales dependientes de la Institución.
5. Dejo constancia de que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar.
6. 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.
7. He tomado conocimiento de que este consentimiento puede ser revocado por mi parte.

Firma: Firma del médico
Aclaración:..... Sello:
N° de Documento:

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:

En marco de la emergencia sanitaria impuesta por la **EPIDEMIA/PANDEMIA de COVID-19** y ante la posibilidad de riesgo por contacto del personal, se omite la firma de paciente en este documento y se avala el mismo de acuerdo a la siguiente operatoria; **Se le ha leído de viva voz el contenido de este consentimiento informado, y el Sr/a., DNI N°, ha estado de acuerdo y aceptado lo propuesto".**

.....
Firma del Médico con aclaración / Firma enfermero/a con aclaración / Administrativo/a con aclaración
(Firman 2 testigos certificándolo)

"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 25.326 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".