



Consentimiento Informado Clínico

Fecha de la internación: / / 20

Paciente:

DNI.:

Teléfono Fijo/Celular:

Institución:

Medico de Cabecera:

Edad:

Domicilio:

Localidad:

Nro. de Afiliado:

Habitación:

Buenos Aires, de de 20 -

Por medio del presente,

Yo, Nacido/a el día / / ,
DNI. otorgo el Consentimiento para ser asistido/a en el Instituto Otorinolaringológico S.A. y autorizo al Dr. y a su equipo médico, y al equipo medico del Instituto Otorinolaringológico S.A. a realizar la asistencia clínica sobre mi persona, por la siguiente patología..... Asimismo, manifiesto que:

1. He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud (enfermedad actual) y el motivo por el cual se indica la asistencia clínica.
2. He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos de la asistencia médica, sus riesgos mas graves y frecuentes, beneficios y las alternativas u opciones posibles para lograr un posible mejor estado de salud.
3. Reconozco que he tenido oportunidad de formular preguntas sobre la información brindada, en especial con relación a otros posibles riesgos no descriptos en este documento, habiéndose contestado a las mismas en forma completa y satisfactoria.
4. Reconozco que no se me han dado garantías o seguridades respecto de los resultados que se esperan de la asistencia médica.
5. Entiendo que durante el curso de la atención médica pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran procedimientos diferentes de los aquí referidos, por ello consiento en forma expresa la utilización de técnicas, aplicación de los procedimientos adicionales y/o alternativas que a criterio del profesional se consideren adecuadas y/o necesarias.
6. En el caso de ser necesario de acuerdo al criterio médico, doy mi conformidad para que se me realicen las transfusiones que fueren necesarias.
7. Manifiesto bajo juramento que no he alterado u omitido datos al exponer mis antecedentes clínicos y/o quirúrgicos.
8. Me comprometo a realizar el alta administrativa en el Sector de Admisión con anterioridad a retirarme del Instituto. En el caso que, me retire del Instituto sin el alta médica definitiva y/o sin el alta administrativa, lo hago bajo mi exclusiva responsabilidad, eximiendo al Instituto Otorinolaringológico S.A. y/o a los profesionales autorizados con anterioridad de toda responsabilidad legal al respecto.
9. Hago constar que este documento no presenta claros, ni enmendaduras, ni salvaduras de mi puño y letra, al momento de suscribirlo.
10. Confirmando que he leído y comprendido los términos del presente documento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y las efectuadas han sido contestadas.

En caso de personas que no estén en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por su representante legal (cónyuge, cualquiera de sus padres, tutor, curador, pariente más próximo o allegado que se ocupe de su asistencia). El vínculo se acredita por la documentación correspondiente y/o por declaración jurada.

A tales efectos, manifiesto con calidad de declaración jurada ser el/la representante legal de para autorizar la asistencia clínica anteriormente detallada.

Firma del Paciente y/o Responsable Legal

Firma del Profesional

Aclaración de la Firma

Aclaración de la Firma

DNI. del Paciente y/o Responsable Legal

Matrícula Profesional

