**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

# A- ACEPTACIÒN DE LA ACTIVIDAD; PROCEDIMIENTO O PLAN DE TRATAMIENTO

**A1- Fecha: …./……/……..**

 **Hora: ………….**

#  Ciudad: ……………

 **A2- Identificación:**

Yo …………………………………., identificado/a con Documento Tipo (……..) Nº ……….., con un diagnóstico de ……………………………. **CERTIFICO** con este documento que he sido informado por el/la ………………………………., cargo ………………………… sobre:

**A3-** las siguientes actividades; procedimiento/s o plan de tratamiento que requiero:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**A4-** Se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone, incluyendo los riesgos significativos y alternativas disponibles de acuerdo a la dolencia que me aqueja.

**A5-** Se me permitió preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención.

**A6-** He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento, o de revocar este consentimiento.

**A7-** Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al éxito de la actividad/es, procedimiento/s o tratamiento a realizar.

Por lo anterior **consiento y autorizo** a …………….. Profesional en …………….. del ……………………, para que se me realice la actividad/es, procedimiento/s o plan de tratamiento propuesto.

También entiendo y autorizo que en el caso de ser necesario, el seguimiento de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales dependientes de la Instituciòn.

Firma del Paciente: ……………………………………… Aclaración: …………………………………………………… Documento: ……………………………………..

Domicilio: ……………………………………………………….

# SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE COMPLETAR

Por la presente dejo/amos constancia que la autorización brindada en el presente consentimiento es realizada en nombre del paciente …………………………………………., quien es un menor/incapaz de ……….. años de edad y yo/nosotros, el/los firmantes manifiesto/amos ser el/los padre/s; tutores o curador y autorizo/amos la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma: ……………………………………………….

Aclaración: ………………………………………..

Documento: …………………………………………..

Parentesco: ……………………………………………….

Domicilio: …………………………………………………..

# B- NO ACEPTACIÒN DE LA ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO O PLAN DE TRATAMIENTO

**B1-** En consideración a la información recibida y detallada anteriormente, he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR y NO AUTORIZAR** la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento propuesto.

**B2-** Declaro que he sido informado de manera amplia y suficiente sobre las probables consecuencias para mi salud. Por esta determinación, esas consecuencias son:

………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..

Nombre y firma del paciente, familiar o representante legal

…………………………………………………………

Documento de Identidad, Tipo y Nro

…………………………………………………………………………………………….

Firma y sello del Profesional

Dado en la ciudad de …………………………… a los ………………………días del mes de …………………………del año …………………….