

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

A1- Fecha: .... / ..... / .....

Hora: .....

Ciudad: .....

#### A2- Identificación:

Yo ....., identificado/a con Documento Tipo (.....) N° ....., 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 Institución.

Firma del Paciente: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Domicilio: .....

### SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE COMPLETAR

Por la presente deajo/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 ACEPTACIÓN 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 .....