

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 losdías del mes dedel año