

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA

Fecha:/...../.....

Localidad:

I. PACIENTE

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Teléfono:

Obra Social:

N° Afiliado:

II. PERSONAL INFORMANTE: Profesional en Fonoaudiología:

Nombre y Apellido:

Matrícula N°:

Colegio Profesional – Regional:

III. INFORMACIÓN RECIBIDA:

Declaro que se me ha brindado información clara, precisa y adecuada, de forma verbal y por escrito, sobre los siguientes puntos:

A- ESTADO DE SALUD FONOAUDIOLÓGICO:

Motivo de Consulta:

Evaluación:

Diagnóstico:

B- PLAN DE TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO PROPUESTO POR EL PROFESIONAL:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C- BENEFICIOS RAZONABLES ESPERADOS:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

D- PROCEDIMIENTOS O ABORDAJES ALTERNATIVOS DISPONIBLES:

.....
.....
.....
.....
.....
.....Se me informó el fundamento de la elección del plan propuesto.

E- RIESGOS PROPIOS DE LA PRÁCTICA:

.....
.....
.....
.....
.....
Se me comunicó que los resultados dependen de múltiples factores y no pueden garantizarse.

F- CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE NO REALIZAR EL TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....
Se me informó acerca de las consecuencias de no realizar esta práctica.

IV. REVOCACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD:

Se me informa que tengo el derecho de revocar el presente consentimiento en cualquier momento, manifestándolo por escrito.

Toda mi información y datos personales se encuentran protegidos por el secreto profesional establecido en el Código de Ética y Deontología Fonoaudiológico y por la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales.

V. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

a) Conforme lo establecido por la Resolución del Consentimiento informado (Res. CS N° 118/2013) manifiesto que:

1-Me someto a la práctica o tratamiento descripto en el apartado III, Información Recibida, (punto b).

2-Recibí información detallada en el punto III.

3-Tengo la capacidad y aptitud de comprender acabadamente la información brindada.

Marcar con una cruz la opción que selecciona:

..... **ACEPTO** libre y voluntariamente la realización de la práctica fonoaudiológica descrita en el punto III b).

..... **RECHAZO** la realización de la práctica fonoaudiológica descrita en el punto III b), declarando conocer y asumir las consecuencias detalladas en el punto III f).

Firma del Paciente:

Aclaración:

Documento:

b) En caso que el paciente sea menor de dieciocho (18) años / no pueda comprender:

Firma del Padre/Madre/Tutor:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:

c) En caso que el paciente tenga designado judicialmente Personal de Apoyo:

Firma Personal de Apoyo:

Aclaración:

DNI:

Carácter:

Firma y Sello del Fonoaudiólogo:

Aclaración:

Matrícula:

De prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de.....a los.....días, del mes de.....del año.....