

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Historia clínica: \_\_\_\_\_

Estimado paciente:

El Hospital Universitario Austral le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación.

Un **consentimiento informado** es el permiso que otorga el paciente o su familia para acceder a una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/ o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

**No firme** sin antes recibir las respuestas necesarias.

**Expresión de Consentimiento Informado de Biopsia Mamaria por Punción Histológica:**

Luego de haber sido suficientemente informada respecto de:

1. La necesidad que se me efectúe un procedimiento diagnóstico llamado Biopsia Mamaria por Punción Histológica bajo guía radiológica o ecográfica, el cual fuera solicitado por mi médico tratante, el Dr. /Dra. .... (En adelante "el Procedimiento"). Dicho Procedimiento se realizará con el objeto de obtener muestras que permitan como beneficio la posibilidad de arribar a un diagnóstico anatomopatológico de lo que se presume una lesión. El procedimiento consiste en introducir varias veces una aguja en la mama por un mismo lugar de entrada. Dicha entrada se realiza a través de una microincisión con anestesia local superficial y profunda para evitar el dolor. Se me informa que el Procedimiento es de diagnóstico y no para curarme. Se me informa que deberé tomar antibióticos durante 48 hs y aplicar un antiséptico (desinfectante) en el lugar de la punción.
2. Que las alternativas a dicho procedimiento diagnóstico son.....
3. Los riesgos propios (comunes y no comunes) del Procedimiento, y aquellos riesgos provenientes de reacciones inesperadas de mi organismo, imposibles de prever mediante la aplicación de los métodos aconsejados por la medicina actual. Entre los riesgos se encuentran: molestias, dolor, hematoma que generalmente desaparece por sí solo (Es conveniente la aplicación de hielo local. De no surtir efecto es posible que para solucionarlo haya que hacer un pequeño drenaje quirúrgico), infección y neumotórax. Estas dos últimas complicaciones si bien son poco frecuentes existe la posibilidad que ocurra. En caso de tener prótesis mamaria se me informa sobre el riesgo de que la misma se pinche en el procedimiento.
4. Es posible que con el Procedimiento no se llegue con certeza a la lesión. En este caso podría ocurrir que el material obtenido de la lesión no fuera suficientemente representativo, y en este caso el diagnóstico se lo denomina "falso negativo". Así como puede ocurrir que el material extraído no fuera concluyente para el diagnóstico, con lo cual habría que volver a repetir el Procedimiento o realizar una cirugía, lo cual quedará a exclusivo criterio de mi médico tratante, para lo cual se me solicitará que preste un nuevo consentimiento.

Y después de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones respecto del Procedimiento, las cuales he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión de los temas médicos, dejo constancia de la siguiente:

.....  
Firma, aclaración y DNI del paciente

Consentimiento Informado Biopsia Mamaria por Punción Histológica PR-DME-PFR-CONSEN-INF-001, Anexo XVI, Revisión 4

**Presto mi consentimiento:**

- A- Presto mi consentimiento informado respecto de la realización del Procedimiento que me fuera indicado por mi médico/a tratante.
- B- Presto mi consentimiento informado respecto de la realización de todas las prácticas no previstas cuya necesidad sea determinada durante la realización del Procedimiento o se presenten como consecuencia de complicaciones, y respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial.
- C- Presto conformidad con la realización de exámenes complementarios que las reglas del arte indiquen como necesarios o convenientes.
- D- Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas (modo de tratamiento) que los médicos que me asistan me indiquen, incluyendo sin que implique limitación, el cumplimiento de las indicaciones que reciba respecto de la necesidad o conveniencia de que se me suministren determinados medicamentos.
- E- Soy informada y acepto que en la adopción de diversas medidas de seguridad y control de calidad la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), el cual monitorea y graba diversas áreas entre las que se encuentran: pasillos, halls centrales, quirófano, etc. A las citadas cámaras y grabaciones solo tiene acceso personal autorizado.
- F- De la misma manera soy informada y acepto que ciertos y determinados datos personales de mi Historia Clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución (en su carácter de responsable del Banco de Datos) que los mismos no permitirán la identificación de su titular. Lo precedentemente descrito se realizará en concordancia con lo establecido por la Ley 25326 de Protección de Datos Personales. Asimismo, en el marco de la ley citada (art.13 y 14) se me informa que tengo derecho de acceso, rectificación y supresión de los datos referidos.
- G- Teniendo en cuenta que se trata de un hospital universitario, dedicado a la asistencia, docencia e investigación, acepto la admisión de observadores en el ámbito de mi internación, preservando la confidencialidad que legalmente corresponde a mi persona.
- H- Soy informada que el presente Consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento, debiendo informar y documentar tal decisión.
- I- Soy informada de que, conforme a la Ley de Derechos del Paciente N° 26529, en caso de que me padezca una enfermedad irreversible, incurable o que se encuentre en estadio terminal, o que haya sufrido lesiones que me coloquen en igual situación, tengo derecho a manifestar mi voluntad previamente en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podré rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio de mi sufrimiento.
- J- Por el presente informo que he tomado Directivas Anticipadas respecto de mi salud (decisiones relativas a la aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos). Que las mismas se encuentran registradas en el.....y cuya copia certificada /original entrego en el presente acto. SI – NO (Tachar lo que no corresponde).

Firma del paciente  
o representante (\*): .....

Aclaración: .....

Parentesco: .....

DNI: .....

Firma del  
médico: .....

Aclaración: .....

Matrícula: .....

Pilar, .....de.....de 201....

**Este documento manifiesta la REVOCACION de su primera voluntad de realizarse una cirugía/tratamiento/procedimiento. Solo debe firmarla si la revoca. Si está firmando un Consentimiento para la realización de la cirugía/tratamiento /procedimiento NO DEBE FIRMAR LA REVOCACION.**

**REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Pilar, .....de.....de 201....

Teniendo en cuenta que:

- 1- Con anterioridad a ésta fecha he firmado éste Consentimiento Informado.
- 2- Que he comunicado mi decisión de REVOCAR el Consentimiento Informado al que me refiero precedentemente.
- 3- Que se me ha explicado que debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación ya que tiene los siguientes riesgos para mi salud:

.....  
.....

Que no obstante ello DECIDO en forma libre y deliberada:

REVOCAR a partir de la fecha el Consentimiento Informado que he otorgado arriba, y habiendo sido informado de los riesgos de dicha decisión, asumo personalmente los mismos, deslindando de responsabilidad en tal sentido a la institución y a los médicos y profesionales tratantes.

Firma del paciente  
o representante (\*): .....

Firma del  
médico: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

Parentesco: .....

Matrícula: .....

DNI: .....

(\*). Conforme Art. 26, Código Civil y Comercial de la Nación... "Se presume que el **adolescente entre trece y dieciséis años** tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

**Si se trata de tratamientos invasivos** que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, **el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores**; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo".

Conforme la Ley de Derechos del Paciente 26529, art. 6º modificado por Ley 26742:

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el Consentimiento Informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
  - b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - c) Cualquiera de los padres;
  - d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
  - f) Cualquiera de los abuelos;
  - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
  - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
  - i) El representante legal, tutor o curador;
- El vínculo deberá ser debidamente acreditado.