

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 *RESONANCIA MAGNETICA*:**

Por el presente se me informa sobre los alcances del estudio Resonancia Magnetica que me fuera indicado.

El campo magnético puede generar alteraciones sobre algunos objetos produciendo desperfectos de los mismos y/o inutilizándolos, deje en el vestidor su billetera, llaves, relojes, alhajas, hebillas, tarjetas de crédito o tarjetas magnéticas, celulares, anteojos, audífonos, monedas, prótesis dentales o cualquier elemento que pueda ser dañado.

El resonador produce ruidos de alta intensidad durante el estudio, por ese motivo se le va a brindar tapones de goma aislantes o auriculares para disminuir la intensidad de los mismos. Lo único que debe sentir son ruidos. Ante cualquier otra sensación como calor debe accionar la alarma que será brindada por el técnico de Resonancia Magnética.

En aquellos estudios en que su médico solicite hacerlos con contraste, deberemos inyectarlo por vía endovenosa, dicho contraste se denomina gadolinio, habitualmente no se siente dolor ni incomodidad durante la administración y se elimina dentro de las 24 hs por orina. Sólo un bajo porcentaje de pacientes han referido sensación de calor, hormigueos, náuseas y dolor de cabeza y más raramente reacción tipo alérgica. El contraste se utiliza para mejorar la calidad de las imágenes y para descartar determinadas patologías. No es aconsejable inyectar este contraste en pacientes con insuficiencia renal o en tratamiento por trasplante hepático por lo cual, si usted está en estas situaciones clínicas, deberá avisar al profesional que le realizará el estudio.

Para su seguridad durante el examen, le solicitamos por favor completar con letra legible todos sus datos y contestar el siguiente cuestionario colocando una X (cruz) en el casillero correspondiente, ya que algunos de los elementos que se nombraran pueden resultar peligrosos o deteriorar la calidad de la imagen al someterlos al campo magnético del resonador:

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

| TIENE USTED:  | SI | NO |
|---|----|----|
| Marcapasos Cardíaco   |    |    |
| Electrodos, bombas o algún aparato eléctrico implantado                       |    |    |
| Clips de operación de cerebro   |    |    |
| Algún fragmento de metal en los ojos, cabeza o cuerpo                         |    |    |
| Dentadura postiza o aparato auditivo  |    |    |
| Prótesis de ojo / Prótesis de oído medio                                      |    |    |
| Reemplazo ortopédico de articulación o extremidad                             |    |    |
| Varilla de metal o tornillos  |    |    |
| Ha sido operado del corazón   |    |    |
| Filtro de vena cava   |    |    |
| Insuficiencia renal / Tratamiento por trasplante hepático                     |    |    |
| Válvula de derivación   |    |    |
| Está embarazada o tiene sospecha de estarlo                                   |    |    |
| Maquillaje o esmalte en el área a estudiar                                    |    |    |
| Stent Vascular  |    |    |
| En caso de realizar estudio con contraste, ¿realizó el ayuno correspondiente? |    |    |
| ¿Es alérgico?   |    |    |

**Presto mi consentimiento:**

- A- Presto mi consentimiento informado respecto de la realización del estudio de **Resonancia Magnética**.
- B- Presto mi consentimiento informado respecto de la realización de todas las prácticas no previstas cuya necesidad sea determinada durante la realización del estudio, o se presenten como consecuencia de complicaciones, y respecto de las cuales no es 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 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 informado 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 informado 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. Asimismo, en el marco de la ley citada se le informa que Ud. tiene 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 área donde se realiza el estudio, preservando la confidencialidad que legalmente corresponde a mi persona.
- H- Soy informado/a que el presente Consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento, debiendo informar y documentar tal decisión.

.....

Firma, aclaración y DNI del paciente

I- Soy informado 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/original entrego en el presente acto. SI – NO (Tachar lo que no corresponde) y las detallo a continuación: .....

.....

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

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

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

Parentesco: .....

Matrícula: .....

D.N.I.: .....

**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 decidido 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 e informada:

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: .....

D.N.I.: .....

(\*). 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. 6° 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.