

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.

Yo, \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_,  
por medio del presente documento:

A- Dejo constancia que he sido ampliamente informado por mi médico/a tratante sobre la evolución actual de mi enfermedad, la que consiste en una infección por el virus COVID-19 conocido como Nuevo Coronavirus, la que hace necesario mi traslado a (*tildar lo que corresponda*):

- Terapia Intensiva  
 Terapia Intermedia  
 Sala de Internación General

B- Que en dicha internación es posible se me indique el uso de respirador artificial.

C- Me han explicado y he comprendido que hasta el momento no existe un tratamiento específico ya probado y autorizado para esta infección viral pero que, sin embargo, ante la necesidad de ofrecer un tratamiento que intente mejorar la evolución de mi enfermedad y la sobrevida, podré recibir ciertos medicamentos sólo en el marco de un protocolo de investigación para tratamiento de COVID.

D- Se me ha explicado, y he comprendido que, por el momento es la única alternativa terapéutica disponible para el tratamiento y que se seguirá el esquema de tratamiento indicado. El mismo se podrá ir modificando en el tiempo según la evidencia disponible.

E- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del objetivo buscado con el tratamiento, no me ha sido garantizada la obtención del mismo y que se encuentra en riesgo la vida.

F- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

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

- G- Manifiesto ser alérgico/a a: .....
- H- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- I- Que la situación de pandemia actual obliga a tomar recaudos para evitar diseminación de la misma, y no podré recibir visitas hasta descartar la infección con los métodos diagnósticos pertinentes, permaneciendo en aislamiento según las normas hospitalarias.
- J- 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.
- K- La institución me ha informado y acepto que no realizarán en este sentido ninguna práctica relacionada a estas circunstancias que fuese considerada una práctica eutanásica. 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.
- L- Que en caso de haber tomado Directivas Anticipadas respecto de mi salud (decisiones relativas a la aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos) me comprometo a informarlas por escrito dejando copia de las mismas y constancia de donde se encuentran registradas.
- M- Expreso, además, que he podido realizar todas las consultas que me surgieron, y que las mismas han sido respondidas, habiendo comprendido los beneficios, riesgos y ausencia de alternativas disponibles al tratamiento propuesto, consiento la iniciación del protocolo propuesto.

Pilar, .....de.....de 202.....

Firma del paciente (a partir de los 13 años) (\*):

.....

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

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

Matrícula: .....

Firma de los padres (en caso de pacientes menores de 18 años) o representante según el caso (\*):

Firma: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Aclaración: .....

Parentesco: .....

Parentesco: .....

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

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.**

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACIÓN / TRATAMIENTO COVID-19**

Pilar, .....de.....de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1- Con anterioridad a ésta fecha he firmado un Consentimiento Informado de Internación / Tratamiento COVID-19.
  - 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 (a partir de los 13 años) (\*):

..... Firma del Médico: .....

Aclaración: ..... Aclaración: .....

D.N.I.: ..... Matrícula: .....

Firma de los padres (en caso de pacientes menores de 18 años) o representante según el caso (\*):

Firma: ..... Firma: .....

Aclaración: ..... Aclaración: .....

Parentesco: ..... Parentesco: .....

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