

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.

El presente documento deja constancia de haber informado al paciente la indicación médica a seguir, su decisión sobre la misma, y las consecuencias de tal decisión.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al mismo.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Documento de Rechazo de Indicación Médica:

Teniendo en cuenta que:

- 1- Los antecedentes del paciente son (marcar con una "X" lo que corresponda):
 - A- Diagnóstico COVID POSITIVO
 - B- Paciente COVID Caso Sospechoso
- 2- El estado clínico actual del paciente es
por lo cual se le indica: *(detallar indicación médica de internación, aislamiento, tratamiento, estudio de diagnóstico, etc. según corresponda):*
.....
.....
.....
- 3- El paciente ha manifestado su voluntad de rechazo de la indicación médica de internación y
.....
.....
.....

Se deja constancia que:

- A- **Al rechazar la indicación médica de internación y aislamiento, los riesgos son: PROPAGACION DE EPIDEMIA. CONTAGIO. RIESGO PARA SI Y PARA TERCEROS.**

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

- B- Que no obstante ello, el paciente **manifiesta su rechazo la indicación de internación y aislamiento informada por los médicos de la institución**, asumiendo ÉL MISMO la responsabilidad de las consecuencias que ello le pudiese acarrear, **deslindando al Hospital Universitario Austral, a los médicos, enfermeros, y todo el cuerpo de profesionales y técnicos que lo asisten de todo tipo de responsabilidad** relativos a su estado, así como a las consecuencias que mi conducta y el rechazo al tratamiento indicado pudiese eventualmente producir.
- C- Que su conducta y decisión, lo ponen en peligro a él (por no continuar con la indicación médica hasta contar con el alta médica) y a terceros por propagación de pandemia y contagio, estando esta conducta configurada como un **DELITO CONTRA LA SALUD PÚBLICA**, penado por el Código Penal, al tratarse de propagación de **ENFERMEDAD PELIGROSA Y CONTAGIOSA**, en el marco de la pandemia por COVID 19, por lo que se informará la presente situación a las autoridades correspondientes.

Pilar,de.....de 2020

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.: