

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, considerando:

1. La conveniencia de mi internación en la institución para que se me efectúen los estudios diagnósticos, así como el tratamiento/intervención/cirugía correspondiente o período de observación según sea necesario, según criterio médico entendiendo que dicha internación implicará el siguiente beneficio:

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

2. Que la **internación tiene ciertos riesgos asociados a la misma**, entre los que se encuentran como más frecuentes **las infecciones, el riesgo de caídas y los eventos relacionados con medicación**, siendo esta enumeración a mero título enunciativo.

3. He recibido información acerca de las alternativas a dicha internación, tales como:

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

4. **Soy informado que dicha internación podrá tener lugar en una habitación compartida en caso de no haber disponibilidad por ocupación o por criterio médico de habitaciones individuales con excepción de aquellas áreas críticas donde las habitaciones son compartidas.**

5. Soy informado que, en caso de compartir habitación, declaro cumplir con las siguientes condiciones:

- No presentar fiebre.
- Ausencia de síntomas respiratorios o gastrointestinales.
- Sin contacto estrecho con paciente con diagnóstico de COVID en los 14 días previos.
- Ser autoválido, sin requerimiento de acompañante ni visitas.
- En caso de requerir cuidador, éste deberá estar con barbijo todo el tiempo y contar con el esquema completo de vacunación (2 dosis) contra el COVID-19.
- Contar con PCR negativa dentro de las 72 hs previas al ingreso.
- Contar con esquema completo de vacunación (2 dosis) contra el COVID-19, siendo la fecha de la última dosis el .....

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

Asimismo, se me informa que la PCR realizada en ausencia de síntomas posee baja sensibilidad, y un resultado negativo implica ausencia de infección por SARS-CoV-2 en el momento de su realización, no pudiendo descartarse que el paciente se encuentre incubando la infección, con el consecuente riesgo de infección.

Por tal motivo, se me explica que es necesario que **mantenga el barbijo colocado** y todas las medidas de higiene y distanciamiento correspondientes durante toda la internación.

6. Soy informado sobre el profesional responsable de mi atención, quien firma al pie del presente. De la misma manera soy informado por éste sobre los profesionales de la salud que estarán autorizados a realizar la Intervención / Procedimiento / Tratamiento Aconsejado.
7. Que la situación de pandemia actual obliga a tomar recaudos para evitar diseminación de la misma, y en caso de ser considerado caso sospechoso de COVID-19, no podrá recibir visitas hasta descartar su infección con los métodos diagnósticos pertinentes, permaneciendo en aislamiento según las normas hospitalarias.
8. Que no declarar esta información podría tener graves consecuencias para su salud o la de terceros en contexto de Pandemia por COVID-19.

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

**Presto mi consentimiento:**

- A- Presto mi consentimiento informado respecto de la internación en el Hospital Universitario Austral.
- B- **Habiendo sido informado según consta precedentemente acepto que dicha internación podrá tener lugar en una habitación compartida en caso de no haber disponibilidad por ocupación o por criterio médico de habitaciones individuales con excepción de aquellas áreas críticas donde las habitaciones son compartidas.**
- C- En caso que mi internación sea en habitación compartida asumo el compromiso y acepto los riesgos indicados en el punto 5.
- D- Presto mi consentimiento informado expreso respecto de la realización de todas las prácticas médicamente aceptadas, cuya necesidad sea determinada durante la internación, las cuales me serán informadas previamente y se me solicitará Consentimiento Informado en caso de corresponder. Estas prácticas pueden incluir exámenes complementarios, estudios diagnósticos, tratamientos clínicos y/o quirúrgicos necesarios, pudiendo modificarse y/o ampliarse los mismos según el criterio de los profesionales médicos actuantes, así como los que se presenten como consecuencia de complicaciones y/o emergencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial.
- E- Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas de los médicos que me asistan, incluyendo sin que implique limitación, el cumplimiento de las recomendaciones que reciba respecto de la necesidad o conveniencia de que se me suministren determinados medicamentos. En este sentido me comprometo a recibir la medicación indicada exclusivamente por los profesionales que me asistan en la internación, asumiendo el deber de no automedicarme.

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

- F- 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 sólo tiene acceso personal autorizado.
- G- 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.
- H- Teniendo en cuenta que se trata de un hospital universitario, dedicado a la asistencia, docencia e investigación, acepto la participación de estudiantes y/o profesionales en formación y/u observadores en los procesos de mi atención, preservando la confidencialidad que legalmente corresponde a mi persona.
- I- Soy informado/a que el presente Consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento, debiendo informar y documentar tal decisión.
- 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 realizaran 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- Acepto la atención por parte del profesional responsable de la misma, del equipo de salud involucrado en ella, así como de los autorizados por aquel conforme lo indicado en el punto 5.

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

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

.....

Aclaración: .....

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

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

Firma: .....

Aclaración: .....

Parentesco: .....

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

Firma del Médico: .....

Aclaración: .....

Matrícula: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Parentesco: .....

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**

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

Teniendo en cuenta que:

- 1- Con anterioridad a ésta fecha he firmado un Consentimiento Informado de Internación 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.