

Consentimiento Informado del paciente para Intervención Quirúrgica Programada; Ley 26.529/09 ; Decto. Reglamentario 1089/2012 y art. 59 CCyC.

1.- He sido informado por mi médico tratante, el Dr.....acerca del estado de mi salud, y que luego de seguir un determinado proceso de análisis de mis dolencias, pudo alcanzar el diagnóstico de.....
.....
informándome en consecuencia de que en mi, debería realizarse el procedimiento médico que se llama Cirugía de.....
.....
la que será efectuada en el quirófano de
.....
con el propósito de tratar de alcanzar el siguiente objetivo,
.....
que sin embargo resulta imposible de prometer o asegurar. En caso de que el objetivo sea alcanzado con el procedimiento médico mencionado, es posible que se puedan conseguirse los siguientes beneficios:.....
.....
.....
.....j

2.- He comprendido, por haberme sido explicado, cómo es el procedimiento, y que el mismo consiste en:
.....
.....
.....

3.- También me fue explicado y lo he entendido, que el procedimiento quirúrgico está asociado con algunos riesgos y molestias propias del acto quirúrgico, y efectos adversos previsibles, tanto para el Dr.....
.....cuanto para mí, y que generalmente consisten según le indica su propia experiencia, en:.....
.....
.....
.....

4.- También he comprendido, por haberme sido explicado, cuáles serían los riesgos que correría en el caso de que no me fuera realizado el acto quirúrgico que se me ofrece para tratar de que yo tenga una mejor

calidad de vida, indicándome que los mismos podrían ser:.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.- Inclusive, también se me explicó, y lo he entendido, que el procedimiento tiene posibles beneficios, pero no se me prometió ni garantizó poderlos obtener. He comprendido, por haberme sido explicado, que durante la preparación para el acto quirúrgico, o durante el acto quirúrgico mismo alguna condición distinta en mi organismo, puede ser descubierta o revelada, y que entonces, a juicio del Dr....., o de algún médico de su equipo o del, podrá ser necesario o aconsejable un cambio en el acto quirúrgico, que será diferente al explicado, de manera inmediata o para más adelante. En tal caso lo autorizo a que lo realice, y que no lo suspenda, por haber entendido que dicho acto adicional o diferente debe ser realizado, y no puede dejar de hacer lo que está haciendo para explicármelo nuevamente, o explicárselo a la persona que yo hubiera designado para ello, pues ello podría ser demasiado riesgosos para mí.

6.- Otras alternativas razonables para reemplazar este procedimiento, también me han sido explicadas, y las mismas consisten en:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Las he comprendido por haberme sido explicadas, y han sido contestadas todas las preguntas que realicé a mi entera satisfacción.

7.- En consecuencia, autorizo al Dr. para que realice este procedimiento, y he comprendido también que para realizarlo, podrá ser asistido por otros profesionales y técnicos, e incluso podrá necesitar realizar interconsultas con algunos otros profesionales que él considere necesario.

Yo estoy de acuerdo con esa participación y consiento para que el Dr.sea asistido por otros profesionales, y que les permita ordenar o realizar todo, o parte del

procedimiento antes mencionado, ya sea acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento.

8.- También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico para ser utilizado con propósitos educacionales o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no sea revelada en ninguno de estos medios o en los textos explicativos que los acompañen.

9.- Asimismo autorizo tanto al Dr.
.....cuanto a..... para que retengan, fotografíen, preserven y usen para propósitos científicos o educacionales, muestras de tejido tomadas en ocasión del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico.

10.- Autorizo y consiento también la realización de transfusiones de sangre o la utilización de hemoderivados en mi, durante el acto quirúrgico, si es que los profesionales médicos intervinientes lo juzgaran necesario.

11.- Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizarán, lo que he entendido completamente por las explicaciones que me dieron, y las preguntas que pude hacer y me fueron contestadas, habiendo entendido que se me ofreció ampliar toda la información que ya me fuera anticipada, y tomando conocimiento que me encuentro en total libertad de retirar este consentimiento cuando así lo desee, pero con anterioridad al acto quirúrgico, doy mi consentimiento para que sea realizado en mi el procedimiento quirúrgico ofrecido. En este momento, me entregan una copia de lo que firmo, para mi control y para que pueda comentarlo con mis familiares y/o con otros especialistas médicos en caso de que así se me ocurra.

....., dede

Firma del paciente:.....

Aclaración:

Doc:

Firma del Médico:.....

Aclaración/Sello :.....

El abajo firmante presta consentimiento para la realización del acto médico en razón de que el paciente no está en condiciones de hacerlo por si mismo porque.....

.....

Firma del representante: Firma del Médico:

Aclaración: Aclaración:

Doc: Sello:

Parentesco:

En caso de que el paciente sea menor de 18 años, pero posea entre 13 y 18 años, también debe ser Informado y respetarse su decisión, ya que se presume que posee aptitud, para decidir sobre aquellos procedimientos que **NO SEAN** invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida e integridad física.

Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no lo ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.