

En la localidad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20__.

Paciente:

Apellido/s y nombre/s: _____

DNI - LE - LC: _____

Número de beneficiario/a: _____

Responsable del/a paciente: _____

Apellido/s y nombre/s: _____

DNI - LE - LC: _____

Declaro que recibí por parte del/a médico/a profesional interviniente, prestador de OSPEDYC, información clara, precisa y adecuada respecto a:

- El estado de salud.
- El tratamiento propuesto e indicado al pie, con especificación de los objetivos perseguidos.
- Los beneficios esperados del tratamiento.
- Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.
- La especificación de los tratamientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el tratamiento propuesto.
- Las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento.

Diagnóstico:

Tratamiento indicado (consignar medicación por nombre genérico)

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____

Objetivo:

Beneficios esperados del tratamiento:

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan del tratamiento, en el sentido de que el tratamiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Entiendo que si no informo en forma adecuada y con la verdad los datos referidos a mi enfermedad, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumpla los tratamientos ordenados, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del tratamiento original o una modificación o la realización de otro tratamiento. Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado, y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos de la atención que se me va a practicar, los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el Tratamiento medico que aquí autorizo

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del tratamiento y firmo a continuación:

Firma del/a paciente: DNI:

Firma del/a titular o responsable del/a paciente: DNI:

A ser completado por el/la médico/a tratante:

Por la presente dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y opciones alternativas al tratamiento con la droga.

Me he ofrecido a contestar y he aclarado completamente todas las dudas del/la paciente. Creo que el/la paciente, su familiar y/o tutor/a comprende las explicaciones que le he proporcionado y es consciente de los riesgos a los que se expone con este tratamiento.

Declaro no poseer conflictos de interés con laboratorios productores (dueños de patentes) o terceros que comercialicen el medicamento indicado.

Firma del/a médico/a tratante

Sello aclaratorio

Fecha

Firma del/a Jefe/a de Servicio/
Director/a Médico/a de la Institución

Sello aclaratorio

Fecha

Firma del/a Auditor/a Médico/a de OSPEDYC

Sello aclaratorio

Fecha