

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Hospital Zonal de Trelew
Dr. Adolfo Margara

Nombre/s y apellido/s del Paciente:	
Fecha de Nacimiento:	Tipo y N° de documento:
Obra Social:	N° HC:

A los _____ días del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de Trelew, Provincia del Chubut; habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento devenido de mi estado de salud, consiento ser internado/a en HOSPITAL ZONAL TRELEW "DR ADOLFO MARGARA" de la Ciudad de Trelew; internación requerida por el Dr. _____ con el fin de que se me realice el estudio / observación o práctica médica / consulta a distancia/ cirugía (tachar lo que no corresponde) denominada: _____.

En virtud de lo manifestado autorizo a la mencionada Institución para que me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y toda otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se me efectúe.

Manifiesto que entiendo y autorizo que las intervenciones clínicas o quirúrgicas propuestas derivadas del seguimiento clínico de mi dolencia, así como cualquier interconsulta eventual con otros especialistas, sea realizada por profesionales dependientes del HOSPITAL ZONAL TRELEW "DR. ADOLFO MARGARA" de la Ciudad de Trelew y/o de la cobertura médica prepaga o seguro médico que poseo; lo que me será informado en el plazo de 15 días corridos. También entiendo que de manifestar mi voluntad de ser evaluado por un profesional médico o auxiliar médico matriculado, ajeno a la Institución y/o a mi medicina prepaga o seguro médico de internación, debo avisar a los médicos y autoridades de esta institución y convocarlo por mis propios medios.

Así mismo, dado que el HOSPITAL ZONAL TRELEW "DR. ADOLFO MARGARA" de la Ciudad de Trelew es una institución orientada a la formación médica, doy mi consentimiento para que toda la información registrada en mi Historia Clínica sea empleada con propósitos didácticos o de investigación (científica y/o académica) quedando debidamente resguardada mi identidad (Ley 25.326).

En referencia a la atención médica, dejo constancia que se me ha descrito la naturaleza y objetivo de la práctica y/o intervención que se me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles de acuerdo a la sintomatología que presento, y los riesgos propios del procedimiento médico que en definitiva se me realizará. Se me ha informado que no es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

Firma del paciente:

Aclaración: _____

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos.

Firma:

Aclaración: _____

Vínculo con el paciente, o representación que ejerce: _____

Tipo y N° de documento: _____