

Consentimiento Informado

1) Por el presente documento autorizo a todos los profesionales intervinientes a realizar todas aquellas prácticas y/o procedimientos terapéuticos convenientes y/o adecuados para arribar al diagnóstico de mi afección, según pautas técnico científicas autorizadas y reconocidas académicamente y llevar a cabo el tratamiento adecuado para el mismo. El Dr. / Dra. me ha explicado, en términos que he podido comprender la naturaleza de mi afección y los procedimientos médicos a los que seré sometido y me ha informado de los beneficios esperados, así como de sus eventuales complicaciones, molestias con comitantes y riesgos del procedimiento o bien por reacciones de mi organismo imposibles de prever, así como también las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Reconozco que no se me han dado garantías y seguridades respecto de los resultados del o de los procedimientos.

2) He tomado conocimiento que, al momento de producirse mi internación, nos encontramos transitando la Pandemia por Coronavirus. Al respecto se me ha explicado que los coronavirus son una extensa familia de virus, algunos de los cuales puede ser causa de diversas enfermedades humanas, que van desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). El nuevo coronavirus es una cepa particular de coronavirus que no había sido identificada previamente en humanos. Como en otros virus que causan neumonía, cuando se transmiten en humanos, el contagio se produce generalmente por vía respiratoria, a través de las "gotitas de Flugge" que las personas producen cuando tosen, estornudan o al hablar. He sido informado que los principales síntomas de la enfermedad son: fiebre persistente, tos seca, dolor de garganta, falta de aire (disnea), escalofríos y malestar general. Debido a la alta contagiosidad del Coronavirus, se me ha explicado que a pesar de que se tomaran todas las medidas necesarias para evitar el contagio, el mismo podría igualmente producirse durante mi internación, y sufrir por tanto las consecuencias y complicaciones propias de dicha afección, incluido un síndrome respiratorio agudo por neumonía que puede poner en riesgo mi vida. También se me ha explicado la relación entre la causa de mi internación y las posibilidades de contagio por coronavirus, como así también que, debido a la pandemia, la institución tiene seriamente comprometida su capacidad prescricional, no obstante todo lo cual, mi diagnóstico requiere hospitalización para su tratamiento/estudio.

3) Asimismo y de modo especial, para en el supuesto de que los síntomas que presento puedan ser compatibles con un cuadro de coronavirus, acepto la adopción de toda

aquella medida y procedimiento que la institución haya implementado o implemente en el futuro para el cuidado de mi salud y la de los profesionales, empleados y demás pacientes atendidos en la misma. Especialmente se me ha informado que, en dicho caso, deberé permanecer en aislamiento absoluto y no podré recibir visita alguna sin excepción.

4) También se me ha comunicado que se encuentran prohibidas las visitas a los pacientes internados en el área de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria y que los informes serán brindados únicamente por vía telefónica en horario matutino. Con relación a los pacientes que permanecen internados en el sector de las habitaciones de piso se me ha hecho saber que solo podrán ser acompañados por una persona, la que podrá rotar cada 8hs, encontrándose también prohibidas las visitas.

5) Dejo expresa constancia que se me ha instado a realizar todas aquellas preguntas relativas a todos los aspectos del procedimiento a realizarse que se me han explicado, no quedándome duda ni interrogante que no se me haya evacuado y aclarado en términos que he podido comprender perfectamente. Asimismo he sido informado y he comprendido que existe la posibilidad de que pueda ser necesaria o conveniente la realización de prácticas no previstas pero que se presentan como consecuencias de complicaciones del método o reacciones propias de mi organismo y consecuentemente otorgo el presente consentimiento anticipado.

6) En el caso que durante los procedimientos autorizados, los profesionales intervinientes descubrieren alguna patología no detectada o sospechada, los autorizo para proceder de la forma en que lo consideren más conveniente.

7) Cualquier tejido removido podrá ser examinado y retenido por la institución para fines médicos, científicos y educativos y se podrá disponer de tal tejido o de parte del mismo de conformidad con la práctica acostumbrada.

8) Consiento en recibir sangre o productos derivados de la misma a juicio del o de los médicos tratantes. Consiento la administración de los anestésicos que se consideren necesarios. Se me ha explicado y he comprendido que siempre existen riesgos asociados con la anestesia.

9) Autorizo a la institución el traslado a un centro asistencial en el cual tenga cobertura contratada o en su defecto a un hospital público en la medida en que aquel lo considere pertinente en función del cuadro que presente el paciente teniendo en consideración las particularidades propias de la situación personal.

10) Declaro conocer y aceptar por haber sido informado previamente de las impli-

cancias, riesgos y complicaciones (por causas conocidas) que pudieran surgir como consecuencias del acto anestésico al que seré sometido para mi tratamiento quirúrgico. Autorizo a proveer todo servicio adicional que sea necesario. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

.....
Firma del Paciente

.....
Aclaración

DNI:
Domicilio:
Teléfono:
Fecha:

Si el paciente es menor o incapaz, completar:

Por el presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente:,
DNI:, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

.....
Firma

.....
Aclaración

DNI:
Domicilio:
Teléfono:
Fecha:
Vínculo con el Paciente: