

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR

Posadas,...../...../20.....

1) Yo....., DNI N°....., en carácter de Paciente/Representante Legal de (*Tachar lo que **NO** corresponda*)DNI N°.....he sido informada/o por parte de los profesionales tratantes, en forma suficiente, clara y adecuada sobre la conveniencia de realizar la intervención quirúrgica conocida como **Cirugía Ambulatoria Mayor.**

Los profesionales tratantes me informaron que:

2) Mi estado de salud actual es:.....
.....
.....

3) El procedimiento quirúrgico recomendado consistirá en:
.....
.....

4) Los riesgos más probables derivados de este procedimiento son:

- Sangrado
- Infecciones
- Rechazo de prótesis
- Rechazo a medicamentos

5) Los beneficios esperados de este procedimiento son:

- Menor tiempo quirúrgico
- Menor estadía hospitalaria



ID PACIENTE: _____ ID EPISODIO: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR

- Menor exposición a infecciones
- Solucionar enfermedades no complicadas

6) Se me ha informado claramente que luego de la intervención quirúrgica la recuperación o postquirúrgico deberá ser realizado en mi domicilio ubicado en

, a fin de evitar **una internación prolongada, exposición a infecciones entre otros riesgos.**

7) Procedimiento alternativo:

.....

8) Riesgos del procedimiento alternativos

.....

9) Beneficios en relación al procedimiento propuesto

.....

10) Además, se me informó con claridad que, en caso de NO realizar este procedimiento y su posterior postquirúrgico el resultado sería:

.....



ID PACIENTE: _____ ID EPISODIO: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR

11) El Procedimiento se realizará en el Hospital Escuela de Agudos “Dr. Ramón Madariaga” y estará a cargo de los profesionales del Servicio de Cirugía.

12) De acuerdo a la información sanitaria que me han brindado, tengo la posibilidad de realizar preguntas respecto de las dudas que han surgido, siendo las siguientes:

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

.....(adjuntar respuestas si correspondiere, con firma del paciente y profesional interviniente).-

13) *Habiéndome tomado el tiempo suficiente para pensar y evaluar la realización de dicha práctica médica, consiento y autorizo libremente la realización de la Cirugía Ambulatoria Mayor por medio del presente instrumento legal.*

14) Recibo conforme una copia de este documento.

En Hospital Escuela de Agudos “Dr. Ramón Madariaga” a días del mes de..... de 20.....

Firma del Paciente:

Firma del Medico:

o Representante(*):.....

Aclaración/Sello:

Aclaración:

DNI:

Parentesco:

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR

(*) **Código Civil y Comercial de la Nación, Art. 59** del (“...Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la 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...”); y **Art. 26**, La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales, sin embargo, 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. Y además, se deberá tener presente todo lo regulado en la Ley del Paciente 26.529 y modificatorias.-----

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR

REVOCACIÓN

Paciente: (Nombre y Apellido)....., de..... años de edad, DNI....., con domicilio real en....., hago constar mediante la presente, que revoco de manera libre y voluntaria el consentimiento prestado en fecha/...../....., teniendo pleno conocimiento de las consecuencias que oportunamente me fueron informadas.

En el Hospital, a..... días del mes de..... de 20.....-.....

Firma del Paciente:

Firma del Medico:

o Representante(*):.....

Aclaración/Sello:

Aclaración:

DNI:

Parentesco:

(*) Código Civil y Comercial de la Nación, Art. 59 del (“...Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la 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...”); y Art. 26, La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales, sin embargo, si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en



ID PACIENTE: _____ ID EPISODIO: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR

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. Y además, se deberá tener presente todo lo regulado en la Ley del Paciente 26.529 y modificatorias.-----