



ID PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID EPISODIO: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO GENERAL DE INTERNACION

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

1. Yo, o familiar de.....(en carácter de)....., por el presente doy mi expreso y libre consentimiento a la internación en el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, que fuera requerida por el/la Dr/a.....; con el fin de efectuarse el – estudio y tratamiento – intervención quirúrgica – procedimiento diagnóstico y terapéutico invasivo (tachar lo que no corresponde) conocido como: .....

el cual consistirá en:.....

2. Entiendo y autorizo que, en el caso de ser necesario, el seguimiento clínico o quirúrgico de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales dependientes de la Institución o de mi médico de cabecera.....

3. Se me ha explicado claramente la naturaleza y el objetivo perseguido de lo que se me propone, los beneficios esperados, incluyendo los riesgos significativos y alternativas disponibles de acuerdo a la dolencia que me aqueja.....

4. También autorizo por la presente la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervención adicional o alternativa que resulten recomendables para el estudio y/o tratamiento de mi afección y/o de alteraciones adicionales que se detecten durante la presente internación. A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y explicaciones del caso.....

Firma del Paciente:.....Aclaración: .....  
Documento:.....Domicilio: .....  
Teléfono:.....

Firma del profesional actuante:.....Aclaración:.....  
Matrícula.....

1º Testigo: Firma.....  
Aclaración.....  
Documento.....  
Domicilio.....

2º Testigo: Firma.....  
Aclaración.....  
Documento.....  
Domicilio.....

## CONSENTIMIENTO GENERAL DE INTERNACION

### ANEXO I

- **Completar los datos de los testigos solamente si el paciente no pudiere firmar, pero comprendiere el acto, además el médico debe dejar constancia de esta situación en la Historia Clínica.**

#### SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE COMPLETAR

Por la presente, dejo constancia que la autorización brindada en el presente consentimiento es realizada en nombre del paciente (apellido y nombre) .....,  
....., quien es un menor con.....años de edad; y/o se encuentra incapacitado o imposibilitado de brindar dicho consentimiento, a causa de su estado físico o psíquico; el que suscribe el presente lo hace en su carácter de .....,  
....., todo ello teniendo en cuenta los requisitos y orden de prelación establecidos en el Art. 21 de la Ley Nº 24.193, y lo dispuesto por el Art. 6 de la Ley Nº 26.529.-----

Firma:.....Aclaración:.....  
Parentesco:.....Documento:.....  
Domicilio:.....

Firma del profesional actuante:.....Aclaración:.....  
Matrícula:.....

En todos los casos en donde el destinatario de la práctica médica (internación, intervención quirúrgica, procedimiento de diagnóstico terapéutico, etc.) o su rechazo, sea una persona menor de edad, resulta conveniente que el galeno, teniendo en cuenta la capacidad de comprensión del niño o adolescente, previa información sanitaria completa CLARA Y COMPRENSIBLE, dé intervención al menor, a los fines de que preste su asentimiento. Dicha intervención se fundamenta en lo establecido por la CONVENCION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (Tratado con jerarquía Constitucional); LEY NACIONAL DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE Nº 26.061 (Art. 3, inc. b y d; Art. 14); LEY NACIONAL DE DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD Nº 26.529 (Art. 2 inc. e) y LEY PROVINCIAL II - Nº 16 (antes Ley 3820) DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTES (Art. 4 inc. a; Arts. 18, 20 y 30).-----