



ID PACIENTE: _____ ID EPISODIO: _____



ANEXO II

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

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

1. Yo, o familiar directo de:..... por el presente autorizo expresa y libremente al Servicio de, al Dr.:..... y a todo su equipo o grupo quirúrgico, a realizar una intervención quirúrgica conocida como:.....

.....,la cual consiste en (procedimiento quirúrgico propuesto):

para lo cual se me practicará anestesia:.....

que se realizará el día/...../....., en el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Siendo mi estado de salud actual:.....

El procedimiento propuesto busca el siguiente objetivo:

y se esperan los siguientes beneficios:.....

2. La intervención informada en el punto 1º me ha sido clara y completamente explicada por el cirujano respectivo, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.-----

3. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:-----

a).-En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.-----

b).-Las complicaciones (riesgos) que podrían originarse en intervenciones quirúrgicas como de la presente especialidad serían tales como:



ID PACIENTE: _____ ID EPISODIO: _____



ANEXO II

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

.....

 pudiendo derivar previsiblemente en los
 siguientes efectos adversos:.....

; así como
 las complicaciones propias de la anestesia. También se me ha informado de los procedimientos
 alternativos al propuesto aquí, como ser

, los cuales podrían
 aparejar los siguientes riesgos y beneficios, comparándolos con el propuesto
 originariamente:.....

4. Reconozco que durante el curso de la intervención quirúrgica, condiciones imprevisibles y/o de fuerza mayor pueden necesitar procedimientos o actuaciones médicas urgentes extraordinarias o diferentes a las informadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el cirujano y su grupo médico, o quien él designe, realice/n las intervenciones pertinentes y se tome/n las decisiones diligentes que sean necesarias, a su prudente juicio profesional, a los fines de obtener mi bienestar terapéutico. Así también autorizo a que el cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-----

5. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones médicas que se me impartan hasta que posea el alta definitiva, así como informar inmediatamente al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que él mismo me brindó sobre el particular.-----

6. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:

7. Se me ha informado de manera clara que en caso de no realizarse la intervención o procedimiento mencionado antes, o bien los alternativos explicados, son previsibles las siguientes consecuencias:.....

 claramente, habiendo sido evacuadas todas las dudas al respecto, por cuanto doy mi libre consentimiento a la intervención quirúrgica propuesta.-----

8. Doy las siguientes directivas anticipadas expresas a los profesionales de la salud intervinientes:.....



ID PACIENTE: _____ ID EPISODIO: _____



FUNDACIÓN PARQUE DE LA SALUD
ADMINISTRACIÓN PARQUE DE LA SALUD
DE LA PROVINCIA DE MISIONES
DR. RAMÓN MADARIAGA - LEY XVII - Nº 70

ANEXO II

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

.....
.....

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

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

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; por la presente autorizo/amos la intervención quirúrgica explicada y detallada arriba.-----

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

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 CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (Tratado con jerarquía Constitucional); LEY NACIONAL DE PROTECCIÓN 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 PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTES (Art. 4 inc. a; Arts. 18, 20 y 30).-----