

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (Nombre y Apellido) _____, declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado/a por el Dr. _____ sobre el procedimiento médico a realizar.

Se me ha entregado información escrita, oral y web que explica la naturaleza, el propósito, sus beneficios, los riesgos y otras alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente. Se me ha dado tiempo suficiente para leer la información y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que he formulado.

También me han comunicado las posibilidades de efectos adversos y/o secuelas en términos que yo he comprendido adecuadamente y se me brindaron respuestas a todas las preguntas que he formulado. Se me han explicado y propuesto también los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto.

Autorizo, además, al Dr. _____ a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios y de anestesia y de transfusión de sangre.

Asimismo, autorizo que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo durante el acto médico.

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Asimismo, se me ha informado y he comprendido que en un 5% de los casos, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Autorizo al Dr. _____ a contactarme en la eventualidad que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.

Del mismo modo, autorizo al Dr. _____ a la toma de muestras durante el procedimiento para realizar estudios cito-histo-anáto-mopatológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico a partir del estudio de dichas muestras; a su vez me comprometo a contactarme con el laboratorio de anatomía patológica para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente dejo constancia que puedo solicitar una copia de este consentimiento.

Mendoza, ____ de _____ de 20 ____

FIRMA y aclaración del MÉDICO RESPONSABLE
SELLO:

FIRMA y aclaración del PACIENTE
DNI:

FIRMA y aclaración del RESPONSABLE o TUTOR
DNI:
PARENTESCO:

CUESTRIONARIO PARA EL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ TEL.: _____

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cobertura de Salud: _____ N° de Afiliado: _____

Estudio a efectuar: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica? En forma particular Me la brinda mi trabajo

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

¿Ha tenido presión arterial alta? _____ SI NO NO SABE

¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE

¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE

¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?: _____ SI NO NO SABE

¿Padece diabetes? _____ SI NO NO SABE

¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo?: _____ SI NO NO SABE

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE

¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE

¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____ SI NO NO SABE

¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? _____ SI NO NO SABE

¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____ SI NO NO SABE

¿Ha recibido transfusiones? _____ SI NO NO SABE

¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿HIV, otras? ¿Cuál?: _____ SI NO NO SABE

¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?: _____ SI NO NO SABE

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____ SI NO NO SABE

¿Por qué le piden el estudio? _____ SI NO NO SABE

¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? ¿Quién? ¿A qué edad?:

¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual? _____ SI NO NO SABE

¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____ SI NO NO SABE

¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios? _____ SI NO NO SABE

¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles?: _____ SI NO NO SABE

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10:

PREGUNTAS PARA PACIENTES DE SEXO FEMENINO:

¿Está menstruando actualmente? _____ SI NO NO SABE

¿Puede estar embarazada? _____ SI NO NO SABE

¿Toma estrógenos? _____ SI NO NO SABE

FECHA

--	--	--

FIRMA y aclaración del PACIENTE
DNI:

FIRMA y aclaración del RESPONSABLE o TUTOR
DNI:
PARENTESCO: