
**Anexo A.- CONSENTIMIENTO DE INTERNACIÓN para
PACIENTES que van a ser tratados por Médicos
y/o Servicios del Staff de la Institución.**

...../...../.....-

1. Yo,..... (poner nombre completo del paciente), a través del presente habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, consiento ser internado en
..... (consignar el nombre completo del establecimiento asistencial), la cual ha sido requerida por el Dr., con el fin de que se me realice el estudio/práctica médica/ cirugía (tachar lo que no corresponde) conocida como:
2. En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que el establecimiento asistencial antes mencionado me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación, tales como la provisión de quirófano, atención de enfermería, atención médica de urgencia o de UTI, medicamentos, diagnóstico por imágenes, alojamiento, nutrición, laboratorio, y todo otra que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se me efectúe.-----
3. Asimismo manifiesto que 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 en la que me interno.-----
4. En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles de acuerdo a la sintomatología que presento, y los riesgos propios del procedimiento médico que en definitiva se me realizará.-----
5. 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; incluyendo la prueba diagnóstica para la detección del H.I.V. A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento, en el caso de que se confirme que el resultado del análisis sea positivo.-----
6. Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, y reconozco que la medicina es una ciencia no exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que por la individualidad propia de cada paciente, puedan presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los cuadros tratados, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones mas prudentes.-----

Firma del paciente:Aclaración:
Documento: Teléfono:
Domicilio:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo contienen.

Firma: Aclaración:
Vínculo con el paciente, o representación que ejerce:
Documento: Teléfono:
Domicilio:

Firma: Aclaración:
Vínculo con el paciente, o representación que ejerce:
Documento: Teléfono:
Domicilio: