
Anexo B.- SOLICITUD de INTERNACIÓN para PACIENTES que van a ser tratados por Médicos Externos y/o Servicios de Terceros, ajenos a 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, solicito ser internado en..... (consignar el nombre completo de del establecimiento asistencia), de acuerdo a lo que ha sido requerido por mi médico, 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 vuestro establecimiento asistencial, me brinde las prestaciones propias del servicio de internación que requiero, tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, atención médica de urgencia o de UTI, medicamentos, diagnóstico por imágenes, alojamiento, nutrición, laboratorio, y todo otra de tal naturaleza que resulte necesaria de acuerdo a la atención médica que se me efectúe. -----

3.- Dejo expresa constancia que las prestaciones antes referidas son independientes de la atención médica que motiva mi internación, la cual ha sido indicada y será llevada a cabo por el Dr. y/o su equipo, resultando dichos profesionales ajenos a vuestra institución, por lo que renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza contra..... (poner nombre completo de la razón social titular del establecimiento asistencial) con causa en la consecuencias que pudieran devenir de la actuación médica de los mismos.-----

4.- En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que con anterioridad a este acto 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 tratamiento o procedimiento médico que en definitiva se me realizará.-----

5.- También dejo constancia de que he autorizado al equipo médico que me atenderá, extensiva a quienes estos deleguen, 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 realizarme, 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 concurro 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: