



## CONSENTIMIENTO GENERAL DE INTERNACIÓN PARA PACIENTES QUE VAN A SER TRATADOS POR MÉDICOS Y/O SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN, DURANTE EL PERIODO DE LA PANDEMIA POR COVID 19

Ciudad y fecha: ...../.....20....-

1. Yo,....., habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, solicito ser internado en....., de acuerdo a lo que ha sido requerido por mi médico Dr./a..... con el fin de que se me realice el estudio o intervención quirúrgica conocido 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, servicios laboratorio o diagnóstico por imágenes, alojamiento y nutrición. 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 que presten servicios para la Institución en la que me interno.

3. 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.

4. Estoy en conocimiento de que durante el curso de la intervención médica condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que he autorizado al equipo médico, extensiva a quienes estos deleguen, la realización de los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.

5. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificaciones introducidas por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.



- 6.** Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al 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, pudiendo existir en todo tratamiento clínico o quirúrgico resultados que escapan a las previsiones más prudentes.
- 7.** Se me ha explicado que, en cualquier momento, durante mi internación y/o antes de llevarse a cabo el procedimiento, puedo rechazar la continuidad de la atención y/o la intervención o estudio aludido, rechazando su ejecución, debiendo comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 8.** He tomado conocimiento que, al momento de la presente internación, nos encontramos transitando la Pandemia por Coronavirus. Estos virus pueden producir desde un resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo) y el contagio se produce por vía respiratoria.
- 9.** Declaro NO haber realizado viajes al exterior en los últimos 14 días. Asimismo, conozco y acepto que las complicaciones de este procedimiento, y que puedan relacionarse a la pandemia causada por el Coronavirus COVID-19, pueden ser potencialmente más graves y complejas que en circunstancias habituales.
- 10.** Debido a la alta contagiosidad del Coronavirus, se me ha explicado que a pesar de que se tomaran todas las medidas necesarias para evitar el contagio, el mismo podría igualmente producirse durante mi internación, y sufrir por tanto las consecuencias y complicaciones propias de dicha afección, incluido un síndrome respiratorio agudo por neumonía que puede poner en riesgo mi vida.
- 11.** También se me ha explicado la relación entre la causa de mi internación y las posibilidades de contagio por coronavirus, como así también que, debido a la pandemia, la institución tiene seriamente comprometida su capacidad prestacional, no obstante, todo lo cual, mi diagnóstico requiere hospitalización para su tratamiento/estudio.
- 12.** Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.



## **CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACION PARA SU USO**

13. El término “imagen” incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

14. Tienen como fin principal ser utilizadas con fines científicos, para el análisis por profesionales de la salud en el estudio diagnóstico y/o terapéutico de cuadros clínicos iguales o similares al que presento. Se mantendrán archivadas en ficha clínica en papel, ficha clínica electrónica o el repositorio documental que utilice la institución como registro de información electrónica confidencial.

15. Podrán ser utilizadas en publicaciones médicas impresas o electrónicas, con fines académicos y/o docentes y/o de investigación. En cualquiera de estas situaciones, la identidad del paciente se mantendrá estrictamente resguardada, así como, en caso de ser necesario serán modificadas para evitar la identificación del mismo.

16. Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

17. Puedo rescindir esta autorización hasta una fecha razonable antes de que se utilice la imagen, pero debo hacerlo por escrito.

18. Si yo decido rescindir esta autorización, no se permitirá posteriores usos de mi fotografía o la de mi hijo/a, tutorizado/a, pero no podré pedir que se devuelvan las fotografías o la información ya utilizadas.

Firma del paciente:.....

Aclaración: .....

Documento: .....

Teléfonos:.....

Domicilio:.....

Firma del médico: ..... MP.....

### **SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por el 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 integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.



Instituto Médico Platense

(1)Firma:.....

Aclaración: .....

Documento:.....

Teléfono:.....

Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

### DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, Sr./ Sra.....después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

La Plata, ...../.....20....-

Fdo.....

Fdo.....

Fdo.....

Fdo.....

TESTIGO

PACIENTE

MEDICO

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I:

D.N.I:

M.P:

D.N.I: