

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Por la presente, en forma voluntaria, doy mi consentimiento para que _____ (razón social o nombre del prestador o responsable del equipo) le realice a mi _____ (parentesco, apellido y nombre, DNI, número de socio), cuyo diagnóstico es _____ (diagnóstico) el siguiente tratamiento _____ (detallar tratamiento o prestaciones, por ejemplo: tratamiento kinésico, rehabilitación, prestaciones educativas, etc.).

Este procedimiento consiste básicamente en _____ (descripción del tratamiento, objetivos, método y beneficios).

Entiendo que estas prestaciones _____ (especificar) no garantizan la recuperación total de la patología o el completar el programa curricular ya que las prácticas médicas, educativas y de rehabilitación no se encuentran enmarcadas dentro de las ciencias exactas.

Entiendo que todo lo que harán será lo mejor para mi _____ (parentesco) y que los profesionales e instituciones involucradas dedicarán sus conocimientos y sus pericias a buscar obtener el mejor resultado.

También se me ha hecho saber que la consecuencia previsible de la no realización del tratamiento aconsejado es el empeoramiento de la salud y el estado general de mi _____ (parentesco).

Asimismo se me ha informado que el tratamiento indicado es la mejor alternativa terapéutica disponible de acuerdo a la evidencia clínica presentada.

Me han informado y entiendo que, como en todo tratamiento o prestaciones y por causas independientes del actuar de _____ (prestador o institución tratante), se pueden presentar complicaciones comunes que podrían requerir tratamientos complementarios _____ (en caso de conocerlas, aclarar las posibles complicaciones y enunciarlas).

En el caso particular de mi _____ (parentesco), _____ (director de la institución / responsable del equipo médico o profesional tratante) me ha explicado que presenta los siguientes riesgos adicionales _____

Yo he comprendido las condiciones y objetivos del tratamiento a practicar y siento satisfacción con la información recibida de parte de _____ (profesional o institución tratante), quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver todas las dudas.

Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento que aquí autorizo.

En tales condiciones consiento que se le realice _____ (indicar tratamiento o prestación).

PRESTADOR

PACIENTE / RESPONSABLE

Firma _____

Firma _____

Sello o aclaración _____

Aclaración _____

Sellos de la Institución _____

DNI _____

Ciudad y fecha _____