

 HOSPITAL PRIVADO SADIV	CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES MENORES A 16 AÑOS O ADULTO INCAPAZ	ASO-DLG-NO-16-00
		26/08/2025

Estimado paciente

El Hospital Privado Sadiv le solicita que lea atentamente este documento y las normas generales y específicas de internación que se adjuntan.

El consentimiento informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara precisa y adecuada inherente a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, internación y demás prácticas médicas con respecto a objetivos, beneficios y riesgos.

Es importante que Ud. efectué todas las preguntas que crea necesarias con el fin de salvaguardar su derecho a estar adecuadamente informado. Su firma en el presente documento es la constancia que entendió todo lo explicado.

Considerando que se pretende lograr un beneficio para la salud y entendiendo la conveniencia de realizar los estudios diagnósticos como así también el tratamiento correspondiente dentro de esta Institución se le hace saber que no es posible garantizar los resultados del mismo.

Leves 26529 y 26742 Decreto Reglamentario 1089/12

SI EL PACIENTE ES MENOR a 16 años O ADULTO INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro 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.

Presto el presente consentimiento para ser asistida/o por los médicos y/o profesionales de salud del HOSPITAL PRIVADO SADIV.

San Pedro de..... de

Nombre y apellido del paciente,,

Nacido el /..... /..... Con D.N.I Nº

HC Nº

Diagnóstico

-
-

Procedimiento

-
-

Habiendo sido informado, teniendo la posibilidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones respecto al procedimiento y/o tratamiento que será realizado por el/los profesional tratante, como así también la normativa institucional y pautas de internación. Me comprometo a cumplir con las Normas institucionales del Hospital Privado Sadiv.

- He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud y los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento indicado. Asimismo me han sido comunicados los riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución, molestias, efectos adversos posibles y secuelas.
- He sido informado/a que en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentra en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, tengo derecho al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado.

Firma autorizante (representante legal según corresponda)

Testigo.....

Elaboró: Departamento de Legales	Fecha Aprobación: 04/05/2025	Aprobado por: Gerencia General
	Fecha Implementación: 05/05/2025	
Revisó: Comité Gestión de Calidad	Fecha de Modificación:	

- También he sido informado/a del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.
- He sido informado/a de mi derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de mi enfermedad o padecimiento.
- He sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de las alternativas especificadas.
- Entrego el consentimiento para que la institución o su equipo de salud utilicen en forma anónima los datos relevantes de mi Historia Clínica con fines de evaluación de calidad o trabajos científicos. Como así también la publicación los mismos en medios audiovisuales.
- Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. Esta autorización se solicita en concordancia con lo establecido por la Ley 26.529 y su modificatoria la ley 26.742.
- He sido informado/a de la existencia de cámaras de seguridad que se encuentran filmando para garantizar la seguridad del paciente en las distintas áreas de este Hospital Privado como son los consultorios, pasillos, habitaciones, Unidad de Cuidados Intensivos y demás espacios comunes. Prestando conformidad a obtener dichas imágenes sobre mí persona siempre y cuando sean para tales fines y se reserve su confidencialidad, con las excepciones previstas por la ley (Art. 53 CCYCN)
- He sido informado/a que la institución no se responsabiliza del extravío de pertenencias personales. Siendo la custodia de las mismas exclusiva responsabilidad del paciente, acompañante y/o representante legal.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente en toda situación de emergencia, que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios y de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes y a la toma de muestras para realizar estudios citohisto anátomo patológicos.

A fin de contribuir al progreso de la educación médica: doy consentimiento a la admisión de observadores en cualquier recinto de la Institución, así como el uso por parte de la Clínica y de sus profesionales médicos de toda la información médica que reciban con fines científicos o docentes preservando la confidencialidad de los datos y que será consultado/a en caso de ser incluido/a en un estudio de investigación a efectos de dar mi consentimiento.

Me fue debidamente explicado que en el curso de la internación pueden presentarse condiciones imprevistas que necesiten de procedimientos diferentes de los previstos, los cuales serán realizados por los profesionales de la institución o el equipo que el mismo designara de acuerdo a los que juzguen necesarios.

Para el caso de intervención quirúrgica, manifiesto que he sido totalmente informado por el Equipo Quirúrgico, lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas se me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- * En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que sea lo menos notable posible.
- * Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas pueden ser las descriptas en la bibliografía médica, todas las cuales me han sido informadas, enunciadas a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, seroma, trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, hiperpigmentación, hemorragia, fistulas, etc., así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico.

Los mayores riesgos que presenta esta intervención son los siguientes (el siguiente apartado debe ser completado por el médico interviniente):

.....

.....

.....

Firma autorizante (propio paciente y/o representante legan según corresponda).....

Testigo.....

Elaboró: Departamento de Legales	Fecha Aprobación: 04/05/2025	Aprobado por: Gerencia General
	Fecha Implementación: 05/05/2025	
Revisó: Comité Gestión de Calidad	Fecha de Modificación:	

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES MENORES A 16 AÑOS O ADULTO INCAPAZ	ASO-DLG-NO-16-00
		26/08/2025

Autorizo a la administración de anestesia local, regional o general con la técnica y anestésico que se consideren necesarios para la operación y reconozco que se me explicaron los tipos y alternativas de anestesia que pueden emplearse para la misma y sabiendo que siempre existe un grado de riesgo para la vida y la salud.

Soy consciente que la práctica de la ciencia médica no es exacta y reconozco que a pesar de utilizar todos los medios actuales al alcance de la ciencia y el arte médico, el profesional me ha informado adecuadamente los objetivos del tratamiento, sin garantizar la obligación de resultados. Asimismo me comprometo a cooperar con el cuidado de la evolución de la intervención realizada, cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que pos ea el alta médica definitiva, así como informar de forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del postoperatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó.

Manifiesto ser alérgico/a (alimentos, medicamentos, metales y otros):

SI ☐ especifique a que:.....

NO ☐

NO SABE ☐

He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al médico y/o profesional tratante a realizarme la intervención o procedimiento.

Se me informó del derecho de revocar este consentimiento informado, es decir, dejarlo sin efecto sin necesidad de invocar la causa, por mi sola y exclusiva voluntad. Dicha decisión deberé comunicarla por escrito, suscribiendo este mismo documento.

Firma del médico: SELLO:

Firma del médico: SELLO:

(1) Firma representante legal: (2) Firma representante legal:

Aclaración: Aclaración:

Documento: Documento:.....

Teléfono: Teléfono:.....

Domicilio:Domicilio:.....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Elaboró: Departamento de Legales	Fecha Aprobación: 04/05/2025	Aprobado por: Gerencia General
	Fecha Implementación: 05/05/2025	
Revisó: Comité Gestión de Calidad	Fecha de Modificación:	

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES MENORES A 16 AÑOS O ADULTO INCAPAZ	ASO-DLG-NO-16-00
		26/08/2025

REVOCATORIA

Se inició procedimiento previamente consentido:

SI.....

NO.....

En caso que el procedimiento se haya iniciado, describa la práctica (completar por el médico y/o profesional a cargo en el momento de la manifestación de la voluntad de la presente revocatoria).

-
.....
.....

Quedando consentido todo acto y/o práctica ya realizada, revoco este consentimiento a partir de este momento:

APELLIDO Y NOMBRE PACIENTE

FIRMA RESPONSABLE:.....

DOCUMENTO:.....

ACLARACIÓN:.....

DOMICILIO:.....

VÍNCULO CON EL PACIENTE/ O REPRESENTACIÓN QUE EJERCE:

FECHA Y HORA:.....

En caso de personas que no estén en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por su representante legal (cónyuge, cualquiera de sus padres, tutor o curador, pariente más próximo o allegado que se ocupe de su asistencia). **El vínculo se acredita por la documentación correspondiente o por declaración jurada debiendo, dentro de las 48 horas, acompañar la documentación respectiva.**

Elaboró: Departamento de Legales	Fecha Aprobación: 04/05/2025	Aprobado por: Gerencia General
	Fecha Implementación: 05/05/2025	
Revisó: Comité Gestión de Calidad	Fecha de Modificación:	