



CONSENTIMIENTO DE INTERNACIÓN

Nombre y Apellido del paciente:.....

Fecha de Nacimiento:.....

Tipo y Número de documento:.....

Habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento de mi estado de salud, considero ser internado/a en el Hospital Español de Mendoza, internación requerida por el Dr. _____

Con el fin de que se me realicen los estudios, observación o práctica médica o quirúrgica que la patología de base requiera.

En virtud de lo manifestado autorizo a la mencionada Institución para que me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y todo otro servicio que se encuentre disponible en el Hospital Español

También manifiesto que entiendo y autorizo que las intervenciones clínicas o quirúrgicas propuestas derivadas del seguimiento clínico de mi dolencia, así como cualquier otra interconsulta eventual con otros especialistas, sea realizado por profesionales dependientes del Hospital Español de Mendoza y/o de la cobertura médica prepaga o seguro médico que poseo, lo que se me será informado a la brevedad posible. También entiendo que de manifestar mi voluntad de ser evaluado por un profesional médico o auxiliar médico externo al Hospital Español, debo avisar a los médicos y autoridades de esta Institución y convocarlo por mis propios medios.

Así mismo, dado que el Hospital Español de Mendoza, es una Institución orientada a la formación médica, doy mi consentimiento para que la información registrada en mi historia clínica sea empleada con propósitos didácticos o de investigación resguardando mi identidad (Ley 26529 Derechos del paciente). Y además entiendo y comprendo que puedo ser asistido por médicos residentes de la Institución.

En referencia a la atención médica, 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. Se me ha informado que no es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo



que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

Firma del paciente:.....

Aclaración:.....

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

Firma:.....

Aclaración:.....

Vínculo con el paciente, o representación que ejerce:.....

Tipo y Número de documento:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente dejo constancia que revoco el consentimiento informado arriba prestado, y en consecuencia me niego a que se me realice la práctica médica del parto natural y/o vaginal. Se me ha informado que la no realización de la práctica médica puede traer consecuencias para mi salud y el bebé lo que acepto en pleno uso de mis facultades mentales.-

Firma Paciente o Representante Legal (menor de 18 años o incapaz declarado):

Aclaración (Nombre y Apellido):

DNI:

Firma:

Aclaración (Nombre y Apellido):

DNI:

Firma y aclaración del médico de cabecera