



Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07 SET. 2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

**Documento DMED-001**

**NORMAS PARA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN**

**VERSIÓN 01**

	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
ACLARACIÓN	Gabriel González Villa Monte Karina Cinquegrani Diego Doartero Ricardo A. Otero	Oswaldo Fariña	Gabriel González Villa Monte
CARGO	Equipo de Mejora sobre Consentimiento Informado	Director Médico	Director Ejecutivo
FIRMA			
SELLO	  		

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

#### JUSTIFICACIÓN:

La obtención del Consentimiento Informado es una obligación previa a la realización de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico que presente riesgos para el paciente. Esto incluye los procedimientos experimentales, de investigación y aquellos en los que no existe clara experiencia de resultados.

Esta obligación está plasmada en nuestro país a través de la Ley 26.529, sus reglamentarias y modificatorias. Como ejemplo, la ley 26.742 dice, en su artículo 2º, modificatorio del artículo 5º de la Ley 26.529, "*Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) su estado de salud, b) el procedimiento propuesto, c) los beneficios esperados, d) los riesgos, molestias, y efectos adversos previsibles, e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos; f) las consecuencias s previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.*"

Por otra parte, la misma Ley, en su artículo 3º (modificatorio del artículo 6º), describe la "*Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico- sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente*"; asimismo, en otro párrafo establece que "*...deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.*"

Finalmente, el artículo 4º (modificatorio del artículo 7º) declara "*En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.*"

También es importante en este aspecto la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales, que en su artículo 1º establece como "*objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre, de conformidad a lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero de la Constitución Nacional.*"

En el caso específico de los pacientes que se internan en el Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC (HEC) debemos distinguir dos grandes grupos de prácticas: aquellas que son inherentes al desarrollo de atención de alta complejidad a la que el hospital está enfocado, y por ende rutinarias, y las que presentan nivel de riesgo en sí mismas.

Las primeras son necesarias en prácticamente la totalidad de los pacientes internados y por ello, obtener un consentimiento para cada una de ellas a supondría una carga de trabajo enorme para los equipos asistenciales y administrativos, amén de ciertas repercusiones negativas para el propio paciente, como por ejemplo, demoras en la realización de estudios y tratamientos.

Por todo lo expuesto, se ha decidido constituir el Equipo de Mejora de Consentimiento Informado que, bajo la conducción de la Dirección Médica y con representantes de las áreas Asesoría Legal y Calidad y los Servicios de UTIP, UCIA y UTIA. El presente documento, referido al Consentimiento Informado General, es el primero de una serie que tratará de abarcar la totalidad de los casos en que este tipo de procedimientos sea necesario.

**ÁMBITO DE APLICACIÓN:** todos los servicios de atención en internación del HEC.

**RESPONSABLE/S DE SU APLICACIÓN:** profesionales médicos de los servicios de internación, administrativos de la Dirección de Gestión de Pacientes en Red, Centro de Digitalización de Documentos.

**RESPONSABLE/S DEL CONTROL DE APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS:** Dirección Médica, Jefaturas de los servicios de internación

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

## TEXTO DE LA NORMA:

### OBJETIVO:

Disponer de un mecanismo para la obtención, registro y resguardo de un documento denominado "Consentimiento Informado General (CIG)" que incluya todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas de baja y mediana complejidad que son inherentes, imprescindibles y rutinarias a la atención de alta complejidad a la que el Hospital El Cruce está enfocado.

### 1. Generalidades

- 1.1. La obtención del CIG es imprescindible y debe lograrse antes de proceder a la internación de todo paciente en el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC (HEC).
- 1.2. La autorización otorgada mediante la firma del CIG incluye taxativamente una serie de prácticas diagnósticas y terapéuticas *que se consideran inherentes a las prestaciones de alta complejidad* que el HEC desarrolla y que, aún cuando algunas no constituyen alta complejidad en sí mismas, son parte integrante e imprescindible del complejo asistencial que el HEC ofrece (ver Anexo I).
- 1.3. La firma del CIG no implica la aceptación de prácticas no incluidas en el formulario del Anexo I, sean experimentales, de investigación o de práctica habitual. En estos casos, se procederá a obtener un Consentimiento Informado específico para cada uno de estos casos, siempre que su realización implique riesgo de lesión transitoria o permanente, discapacidad o muerte.
- 1.4. Quedan exceptuados de suscribir el CIG aquellos pacientes cuya internación se realice de forma urgente y en estado de extrema gravedad para su salud y/o su vida, en los que la no realización o demora en efectuar procedimientos diagnósticos o terapéuticos implique riesgo de muerte inminente. En estos casos el médico actuante estará obligado a
  - 1.4.1. Dejar clara constancia en la HC del paciente (Galileo®) de las razones que llevaron a obviar la obtención del CIG.
  - 1.4.2. Proceder a la obtención del CIG en el momento en que el paciente haya recuperado su capacidad de decisión o la decisión pueda ser tomada por sus padres, familiares, tutor o encargado.
- 1.5. Las únicas personas autorizadas a firmar el CIG son:
  - 1.5.1. El paciente.
    - 1.5.1.1. En caso de imposibilidad por parte del paciente, lo harán los padres, familiar responsable, tutor o encargado, presentando documentación avalatoria de la relación, la que deberá fotocopiar y adjuntarse a la historia clínica electrónica mediante digitalización.
    - 1.5.1.2. De no existir allegados de pacientes imposibilitados para la firma del documento o, aún existiendo, no cuenten con documentación avalatoria de la relación, el profesional médico actuante deberá dejar clara constancia de esta situación en la HC, describiendo las ventajas y desventajas del procedimiento a realizar, así como las razones que en su opinión justifican su realización ante la necesidad de evitar males mayores.
  - 1.5.2. El profesional médico actuante al ingreso del paciente.
  - 1.5.3. Un testigo, representado por un padre, familiar responsable, tutor o encargado u otro personal del HEC, profesional o no, contratado, de planta o de empresa tercerizada.
- 1.6. En ningún caso la firma del paciente, sus padres, familiares responsables, tutor o encargado podrá ser suplida por un profesional u otro personal perteneciente al HEC.

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

## 2. Procedimiento

- 2.1. Entrega del formulario: será efectuada por el personal administrativo de la Dirección de Gestión de Pacientes en Red al paciente, sus padres, familiar responsable, tutor o encargado.
- 2.2. Obtención de la firma del formulario por parte del paciente, sus padres, familiar responsable, tutor o encargado: es responsabilidad absoluta e irrenunciable del profesional médico que recibe al paciente a su ingreso al HEC. Esto incluye al SAPC y a todos aquellos servicios que ingresan pacientes a internación sin previo paso por el SAPC.
- 2.3. Digitalización y archivo del formulario:
  - 2.3.1. El formulario es enviado por el servicio que lo obtuvo al Centro de Digitalización de Documentos.
  - 2.3.2. El Centro de Digitalización de Documentos
    - 2.3.2.1. Otorga número de registro al formulario.
    - 2.3.2.2. Digitaliza el formulario y lo resguarda en el repositorio oportunamente definido.
    - 2.3.2.3. Destruye el original, de acuerdo con el procedimiento aprobado.

**FLUJOGRAMA:** no corresponde

**EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y REVISIÓN:** Direcciones Médica y de Gestión de Pacientes en Red.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. REPÚBLICA ARGENTINA. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN. Ley 25.326 de Protección de Datos Personales. B.O. 02/11/2000. N° 29517.
2. REPÚBLICA ARGENTINA. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN. Ley 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. B.O. 08/10/2014. N°32985
3. REPÚBLICA ARGENTINA. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN. Ley 26.529 de Derechos del Paciente. B.O. 20/11/2009. N° 31785.
4. REPÚBLICA ARGENTINA. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN. Ley 26.742 Modificatoria de la Ley 26.529. B.O. 24/05/2012. N° 32404.
5. REPÚBLICA ARGENTINA. PODER EJECUTIVO NACIONAL. Decreto 1089/12 Reglamentario de la Ley 26.529. B.O. 06/07/2012. N° 32433.
6. REPÚBLICA ARGENTINA. HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN. Ley 26.812 Modificatoria de la Ley 26.529. B.O. 21/01/2013. N° 32566.
7. REPÚBLICA ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Resolución 561/14. Modelo de Consentimiento Informado Bilateral. B.O. 03/04/2014. N° 32858.
8. REPÚBLICA ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Resolución 784/14. Modificatoria de la Resolución 561/14 SSS. B.O. 05/05/2014. N° 32877.
9. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. PODER LEGISLATIVO. Ley 14.464 de Derechos del Paciente. B.O. 25/03/2013.

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

10. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. PODER LEGISLATIVO. Ley 14.494 Sistema de HC Electrónica Única de Cada Paciente. B.O. 19/03/2013.
11. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. PODER EJECUTIVO PROVINCIAL. Decreto 448/14 Modificadorio del Decreto 3280/1990. B.O. 22/09/2014.
12. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. PODER EJECUTIVO PROVINCIAL. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 2519/15 Régimen de establecimientos privados y de recreación. B.O.22/07/2015.

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

## ANEXO I

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PACIENTE:

En Florencio Varela, a los ..... días, del mes de ....., del año dos mil ....., Yo, ....., DNI, LE, LC N°: ....., con domicilio en la calle ....., N° ....., de la localidad de ....., CP: ....., Teléfono: .....

1. Autorizo por la presente a los profesionales integrantes del equipo de salud del HEC del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC, a realizar en mi persona los estudios, prácticas, intervenciones y tratamientos listados a continuación, entendiendo que se trata de procedimientos inherentes a la asistencia de alta complejidad, que no requieren consentimiento específico:

Asistencia ventilatoria mecánica, invasiva y no invasiva  
Bloqueos (peridural, radicular, raquídeo)  
Canalización venosa  
Cardioversión / desfibrilación eléctrica externa  
Colocación de acceso arterial  
Colocación de acceso venoso, central y periférico  
Colocación de tubo de drenaje (pleural, pericárdico)  
Ecografía transesofágica  
Endoscopia nasal  
Exodoncia  
Fibrobroncoscopia  
Fibrolaringoscopia  
Implante de catéter pulmonar  
Implante de marcapasos transitorio  
Ingreso a quirófano de emergencia con anestesia general.  
Intubación traqueal / procedimientos para asegurar vía aérea

Monitoreo de presión intracraneana  
Plasmaféresis  
Procedimientos diagnósticos: tomografía computarizada, resonancia magnética  
Procedimientos dialíticos  
Procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos  
Punciones diagnósticas y/o terapéuticas (pleural, pericárdica, lumbar, abdominal, de colecciones)  
Resucitación cardiopulmonar  
Uso de drogas:  
Analgésicos  
Inotrópicos  
Paralizantes neuromusculares  
Sedantes  
Transfusión de hemoderivados de urgencia/emergencia.  
Vasoactivos  
Vasopresores

2. El Dr/a ..... me ha explicado pormenorizadamente las características de mi afección y su probable evolución. Me ha permitido preguntar y ha respondido a mis inquietudes. Por todo ello, he podido reflexionar lo suficiente sobre las características de mi afección y las explicaciones brindadas.
3. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que a pesar de que el médico me ha informado de los resultados deseados durante mi internación en el hospital, con los medios tecnológicos actuales, no se me ha garantizado la obtención de los mismos.
4. Acepto cooperar en los cuidados que se me impartan hasta el momento de mi egreso de internación institucional.
5. Acepto que el presente consentimiento informado se digitalizará de acuerdo a los procedimientos establecidos por el Hospital, a fin de conservarse como documentación de mi Historia Clínica y proceder a la posterior destrucción del formulario en papel.
6. Se me ha explicado que el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC es un centro de referencia sanitario nacional, en el que son derivados pacientes que requieren de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, cuya capacidad instalada ofrece. Por ello, la permanencia en internación más allá del tiempo necesario sin la debida justificación médico asistencial, de acuerdo con la necesidad originaria de internación pudiere entorpecer la aceptación de otros pacientes, impidiendo así que la institución cumpla con su misión institucional.

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

7. Acepto y doy fe a través de este consentimiento, que una vez que las causales que dieron origen a mi internación en esta institución hayan sido abordadas, resueltas y/o estabilizadas, o en su defecto que la complejidad del hospital ya no corresponda a la necesidad en cuanto al diagnóstico y/o tratamiento de mi enfermedad en la etapa evolutiva en la que se encontrara, autorizo a ser derivado a otro centro asistencial de la Red de Servicios del Sistema de Salud, con diferente y/o menor complejidad que éste, para dar continuidad a mi atención en los términos debidamente informados al momento inicial de mi atención e internación en este nosocomio.
8. Doy fe de no haber omitido ni alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos.
9. Confirmo que he leído completamente este consentimiento y que lo he comprendido totalmente.

**MÉDICO:**

10. El presente es para dejar constancia que he procedido a constatar la identidad del paciente de acuerdo a los protocolos establecidos
11. Que asimismo he explicado la naturaleza, efectos, riesgos y alternativas terapéuticas de los procedimientos arriba mencionados al paciente, quien ha expresado su voluntad, comprende y firma al pie.
12. De acuerdo con la Ley 25.326, de protección de datos personales, he informado al paciente que tiene el derecho de solicitar en forma gratuita el acceso a sus datos y a la posibilidad de rectificarlos. En caso de no poder acceder, tiene el derecho a hacer la denuncia correspondiente en la Dirección Nacional de Protección de Datos, órgano de control de la mencionada Ley.

**TESTIGO:**

13. El presente es para dejar constancia que las firmas que anteceden a la mía fueron hechas en mi presencia.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL TESTIGO
ACLARACIÓN	SELLO DEL PROFESIONAL	ACLARACIÓN

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

## ANEXO II

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR REPRESENTACIÓN

#### REPRESENTANTE LEGAL / CÓNYUGE / CONVIVIENTE/FAMILIAR:

En Florencio Varela, a los ..... días, del mes de ....., del año dos mil .....,  
Yo, ....., DNI, LE, LC N°: .....,  
con domicilio en calle ....., N° ....., de la localidad  
de ....., CP: ....., Teléfono:  
....., en mi carácter de ..... (representante legal / cónyuge / conviviente / familiar -hasta el 4° grado de consanguinidad-), en representación del "PACIENTE"  
....., DNI, LE, LC N°:  
....., con domicilio en calle .....,  
N° ....., de la localidad de ....., CP: ....., Teléfono: .....

- Autorizo por la presente a los profesionales integrantes del equipo de salud del HEC del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC, a que realicen al paciente los estudios, prácticas, intervenciones y tratamientos listados a continuación, entendiendo que se trata de procedimientos inherentes a la asistencia de alta complejidad, que no requieren consentimiento específico:

Asistencia ventilatoria mecánica, invasiva y no invasiva  
Bloqueos (peridural, radicular, raquídeo)  
Canalización venosa  
Cardioversión / desfibrilación eléctrica externa  
Colocación de acceso arterial  
Colocación de acceso venoso, central y periférico  
Colocación de tubo de drenaje (pleural, pericárdico)  
Ecografía transesofágica  
Endoscopia nasal  
Exodoncia  
Fibrobroncoscopía  
Fibrolaringoscopia  
Implante de catéter pulmonar  
Implante de marcapasos transitorio  
Ingreso a quirófano de emergencia con anestesia general.  
Intubación traqueal / procedimientos para asegurar vía aérea  
Monitoreo de presión intracraneana

Plasmaféresis  
Procedimientos diagnósticos: tomografía computarizada, resonancia magnética  
Procedimientos dialíticos  
Procedimientos endoscópicos diagnósticos y terapéuticos  
Punciones diagnósticas y/o terapéuticas (pleural, pericárdica, lumbar, abdominal, de colecciones)  
Resucitación cardiopulmonar  
Uso de drogas:  
Analgésicos  
Inotrópicos  
Paralizantes neuromusculares  
Sedantes  
Transfusión de hemoderivados de urgencia/emergencia.  
Vasoactivos  
Vasopresores

- El Dr/a ..... me ha explicado pormenorizadamente las características de la afección y su probable evolución. Me ha permitido preguntar y ha respondido a mis inquietudes. Por todo ello, he podido reflexionar lo suficiente sobre las características de la afección del PACIENTE que en este acto represento y las explicaciones brindadas.
- Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que a pesar de que el médico me ha informado de los resultados deseados durante la internación del PACIENTE en el hospital, con los medios tecnológicos actuales, no se me ha garantizado la obtención de los mismos.
- Acepto cooperar en los cuidados que se impartan hasta el momento del egreso de internación institucional.
- Acepto que el presente consentimiento informado se digitalizará de acuerdo a los procedimientos establecidos por el Hospital, a fin de conservarse como documentación de la Historia Clínica y proceder a la posterior destrucción del formulario en papel.



Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

6. Se me ha explicado que el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC es un centro de referencia sanitario nacional, en el que son derivados pacientes que requieren de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, cuya capacidad instalada ofrece. Por ello, la permanencia en internación más allá del tiempo necesario sin la debida justificación médico asistencial, de acuerdo con la necesidad originaria de internación pudiere entorpecer la aceptación de otros pacientes, impidiendo así que la institución cumpla con su misión institucional.
7. Acepto y doy fe a través de este consentimiento, que una vez que las causales que dieron origen a la internación en esta institución hayan sido abordadas, resueltas y/o estabilizadas, o en su defecto que la complejidad del hospital ya no corresponda a la necesidad en cuanto al diagnóstico y/o tratamiento de mi enfermedad en la etapa evolutiva en la que se encontrara, autorizo a ser derivado a otro centro asistencial de la Red de Servicios del Sistema de Salud, con diferente y/o menor complejidad que éste, para dar continuidad a la atención en los términos debidamente informados al momento inicial de la internación en este nosocomio.
8. Doy fe de no haber omitido ni alterado datos al exponer los antecedentes clínico-quirúrgicos del PACIENTE.
9. Confirmando que he leído completamente este consentimiento y que lo he comprendido totalmente.

**MÉDICO:**

10. El presente es para dejar constancia que he procedido a constatar la identidad del PACIENTE de acuerdo a los protocolos establecidos
11. Que asimismo he explicado la naturaleza, efectos, riesgos y alternativas terapéuticas de los procedimientos arriba mencionados al representante, quien ha expresado su voluntad, comprende y firma al pie.
12. De acuerdo con la Ley 25.326, de protección de datos personales, he informado que el PACIENTE o quien actúe en representación de este, tiene el derecho de solicitar en forma gratuita el acceso a sus datos y a la posibilidad de rectificarlos. En caso de no poder acceder, tiene el derecho a hacer la denuncia correspondiente en la Dirección Nacional de Protección de Datos, órgano de control de la mencionada Ley.

**TESTIGO:**

13. El presente es para dejar constancia que las firmas que anteceden a la mía fueron hechas en mi presencia.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL / CÓNYUGE / CONVIVIENTE / FAMILIAR	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL TESTIGO
ACLARACIÓN	SELLO DEL PROFESIONAL	ACLARACIÓN

Denominación: <b>NORMAS PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL DE PACIENTES EN INTERNACIÓN</b>		
Código: <b>DMED-001</b>	Versión: <b>01</b>	Origen: <b>EQUIPO DE MEJORA CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>
Fecha de vigencia: <b>07/09/2018</b>	Páginas: <b>10</b>	

(Art. 4 Ley Nac. N° 26.529) “Autorización. ...En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.”

(Art. 4 Dto. Nac N° 1089/12 ) “...Para el supuesto del segundo párrafo de los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742 la información sanitaria será brindada según el orden de prelación de la Ley N° 24.193, siempre que estuviesen en el pleno uso de sus facultades. Para el consentimiento informado se atenderá al orden de prelación del artículo 21 de la Ley N° 24.193, agregándose como último supuesto de prelación a la persona que sin ser el cónyuge del paciente, o sin reunir ese carácter conforme el inciso a) del artículo 21 de la Ley N° 24.193, modificado por la Ley N° 26.066, estuviera contemplado en el artículo 4°, segundo párrafo de la Ley N° 26.529, por ser quien convive o esté a cargo de la asistencia o cuidado del paciente...”.

( Art. 5 Dto. Nac N° 1089/12) “Consentimiento Informado: ... Habrá consentimiento por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones según criterio del profesional tratante, o cuando su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, y no haya designado persona alguna para hacerlo; en cuyo supuesto, la información pertinente al tratamiento aplicable a su dolencia y sus resultados se dará según el orden de prelación referido anteriormente para tales fines. También operará este consentimiento por representación en el caso de los pacientes incapacitados legalmente o de menores de edad que no son capaces intelectual o emocionalmente de comprender los alcances de la práctica a autorizar.

Cuando los mismos puedan comprender tales alcances, se escuchará su opinión, sin perjuicio de suministrarse la información a las personas legalmente habilitadas, para la toma de decisión correspondiente.

Para este consentimiento deberán tenerse en cuenta las circunstancias y necesidades a atender, a favor del paciente, respetando su dignidad personal, y promoviendo su participación en la toma de decisiones a lo largo de ese proceso, según su competencia y discernimiento. Para que opere el consentimiento por representación, tratándose de personas vinculadas al paciente, ubicadas en un mismo grado dentro del orden de prelación que establece el presente artículo, la oposición de una sola de éstas requerirá la intervención del comité de ética institucional respectivo, que en su caso decidirá si corresponde dar lugar a la intervención judicial, sólo en tanto resultaren dificultades para discernir la situación más favorable al paciente. El vínculo familiar o de hecho será acreditado; a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que a ese único efecto constituirá prueba suficiente por el plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, debiendo acompañarse la documentación acreditante. Las certificaciones podrán ser efectuadas por ante el director del establecimiento o quien lo reemplace o quien aquél designe.”

(Art. 21 Ley Nac, N° 24.193) “...deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales ...: a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida; b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años; c) Cualquiera de los padres; d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años; e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años; f) Cualquiera de los abuelos; g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; i) El representante legal, tutor o curador; Conforme la enumeración establecida recedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que ... se encuentren en orden más próximo excluyen ... las que se encuentren en un orden inferior...”

(Art. 59 del CCyC de la Nac.) “...Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente...”