

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

SUGERENCIAS

IMPORTANTES SUGERENCIAS PARA LA FIRMA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Se acompañan tres modelos. En todos ellos completar el nombre de la Institución en el espacio asignado con líneas de puntos.-

Luego para cada caso en particular tener en cuenta lo siguiente:

1.-) Para Mayores de 16 años. Es conveniente que además del paciente puedan firmar el padre, la madre, algún mayor o todos juntos si es posible. No obstante con la firma del paciente, como mínimo, alcanza.-

2.-) Para Menores de 13 Años:

A.-) Lo ideal es que firmen ambos padres. Si no es posible por separación, muerte, imposibilidad de ubicarlo, o cualquier otra causa dejar constancia en "observaciones" y traten de que algún otro mayor de edad (o más de uno) firme el consentimiento.-

Si no están los padres actuar como se indica en "3"

B.-) Si el menor tiene entre 10 y 13 años que también firme el consentimiento informado ya que es la mejor muestra de que fue "escuchado" según pide la ley.-

3.-) Para Menores entre 13 y 16 Años: Es esencial que firmar siempre el menor entre 13 y 16 años. También ambos padres. De no ser posible actuar igual que lo dicho en "1".-

La ley habla de los "padres" pero a falta de ellos deben firmarlo los abuelos, tíos, conveniente o cualquier mayor con trato habitual con el menor. Pero no olvidar DE DEJAR CONSTANCIA EN OBSERVACIONES DE QUIEN FIRMA Y LA RAZÓN POR LA CUAL NO LO HACEN LOS PADRES.-(Separación, fallecimiento, etc)

Asociación Rosarina de Anestesia, Analgesia y Reanimación

AQUÍ

CONSENTIMIENTO PARA MAYORES DE 16 AÑOS

En la ciudad de Rosario a los días del mes de de 20..... dejo constancia que he sido entrevistado por el Dr. integrante del Servicio de

Anestesiología de , respecto de mis antecedentes, costumbres de vida y demás cuestiones que hacen a mi salud, en la visita preanestésica, a la que he concurrido declarando que asumo la plena veracidad de los dichos allí expuestos.

A su vez el profesional me informó que en virtud de la intervención quirúrgica de que me ha sido indicada y de he decidido someterme y la práctica anestesiológica que es más conveniente para estos casos será brindándome todas las explicaciones sobre la misma. Me refiere, además, que otras técnicas anestésicas – las que me relata – no son aconsejables para dicha cirugía por las razones que expone y escucho con atención. En consecuencia presto mi conformidad para que la práctica anestesiológica solicitada sea la que me sugiere más arriba. Igualmente, en base a los riesgos que puede implicar mi operación, autorizo al Médico Anestesiólogo del equipo que me realice la práctica anestesiológica para que pueda complementar o variar de técnica si las circunstancias en quirófano así lo indican.-

También tomo conocimiento, y presto conformidad, para que el Médico Anestesiólogo que me realizará la práctica anestesiológica sea el que designe el Servicio según los requerimientos horarios, de turnos, o de cualquier otro tipo prestando mi conformidad para que cualesquiera de los que integran dicho Servicio realice la anestesia que requeriré en mi intervención quirúrgica.-

Dicha práctica anestesiológica tiene, y así mismo lo asumo, algunos riesgos que me fueron también concretamente y puntualmente explicados. Por lo expuesto, conociendo perfectamente los riesgos a los que me someto ratifico mi consentimiento para que sea efectuada la práctica anestesiológica, como llevo dicho, por cualquier Médico Anestesiólogo del Servicio.-

He hecho, y me han sido respondidas, todas las preguntas que hacen al acto anestésico y sus consecuencias, dándome por satisfecho con las explicaciones brindadas por el Médico Anestesiólogo que realizó la consulta preanestésica.-

Como constancia firmo el presente consentimiento informado en dos copias en el lugar y fecha consignado en el encabezamiento según lo dispuesto en los Artículos 25, 26 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.-

Observaciones:

..... Firma del Paciente Firma del acompañante
..... Aclaración Aclaración
DNI N	DNI N

Para poder descargarlo haga click

AQUÍ

CONSENTIMIENTO PARA MENORES ENTRE 13 AÑOS Y 16 AÑOS

En la ciudad de Rosario a los días del mes de de 20..... dejo constancia que he sido entrevistado por el Dr..... integrante del Servicio de Anestesiología de , respecto de mis antecedentes, costumbres de vida y demás cuestiones que hacen a mi salud, en la visita preanestésica, a la que he concurrido, junto con mis padres que firman al pie, declarando que asumo la plena veracidad de los dichos allí expuestos.

A su vez el profesional nos informó, a mis padres y a mí, que en virtud de la intervención quirúrgica de que me ha sido indicada y a la que he decidido someterme – contando con la asistencia y acuerdo de mis padres - la práctica anestesiológica más conveniente para estos casos es brindándome, a mis padres y a mí, todas las explicaciones sobre la misma. Refiere, además, que otras técnicas anestésicas – las que relata – no son aconsejables para dicha cirugía por las razones que expone y escuchamos con atención. En consecuencia presto mi conformidad, contando para ello con la asistencia y conformidad de mis padres, para que la práctica anestesiológica solicitada sea la que es sugerida más arriba. Igualmente, en base a los riesgos que puede implicar mi operación, autorizo, con la asistencia y conformidad de mis padres, al Médico Anestesiólogo del equipo que me realice la práctica anestesiológica para que pueda complementar o variar de técnica si las circunstancias en quirófano así lo indican.-

También tomo conocimiento, y presto conformidad, (siempre con la conformidad de mis padres) para que el Médico Anestesiólogo que me realizará la práctica anestesiológica sea el que designe el Servicio según los requerimientos horarios, de turnos, o de cualquier otro tipo prestando mi conformidad para que cualesquiera de los que integran dicho Servicio realice la anestesia que requeriré en mi intervención quirúrgica.-

Dicha práctica anestesiológica tiene, y aun así lo asumimos en conjunto con mis padres, algunos riesgos que nos fueron también concretamente y puntualmente explicados. Por lo expuesto, conociendo perfectamente los riesgos a los que me someto ratifico mi consentimiento para que sea efectuada la práctica anestesiológica, como llevo dicho, por cualquier Médico Anestesiólogo del Servicio lo cual también es asentido por mis padres.-

Hemos hecho con mis padres, y han sido respondidas, todas las preguntas que hacen al acto anestésico y sus consecuencias, dándonos por satisfecho con las explicaciones brindadas por el Médico Anestesiólogo que realizó la consulta preanestésica.

Como constancia firmamos el presente consentimiento informado en dos copias en el lugar y fecha consignado en el encabezamiento según lo dispuesto en los Artículos 26 y 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.-

Observaciones:

..... Firma del Padre Firma de la Madre
..... Aclaración Aclaración
DNI N	DNI N
AQUÍ	

CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE 13 AÑOS

En la ciudad de Rosario a los ... días del mes de de 20..... dejamos constancia que hemos sido entrevistados por el Dr. integrante del Servicio de Anestesiología de ..., respecto de los antecedentes, costumbres de vida y demás cuestiones que hacen a la salud de nuestro hijo/a...., en la visita preanestésica, a la que hemos concurrido, declarando que asumimos la plena veracidad de los dichos allí expuestos.

A su vez el profesional nos informó que en virtud de la intervención quirúrgica de que le ha sido indicada a nuestro hijo/a a la que hemos decidido someterlo/a, la práctica anestesiológica que es más conveniente para estos casos es brindándonos todas las explicaciones sobre la misma. Nos refiere, además, que otras técnicas anestésicas – las que relata – no son aconsejables para dicha cirugía por las razones que expone y escuchamos con atención. En consecuencia prestamos nuestra total conformidad para que la práctica anestesiológica solicitada sea la que nos ha sugerido más arriba. Igualmente, en base a los riesgos que puede implicar esta operación, autorizamos al Médico Anestesiólogo del equipo que realice la práctica anestesiológica para que pueda complementar o variar de técnica si las circunstancias en quirófano así lo indican.-

También tomamos conocimiento de que el Médico Anestesiólogo que realizará la práctica anestesiológica será el que designe el Servicio según los requerimientos horarios, de turnos, o de cualquier otro tipo prestando nuestra conformidad para que cualesquiera de los que integran dicho Servicio realice la anestesia que se requerirá en la intervención quirúrgica de nuestro hijo/a.-

Dicha práctica anestesiológica tiene, y así mismo lo asumimos, algunos riesgos que nos fueron también concretamente y puntualmente explicados. Por lo expuesto, conociendo perfectamente los riesgos a los que se quedará expuesto nuestro hijo/a, ratificamos nuestro consentimiento para que sea efectuada la práctica anestesiológica, como llevamos dicho, por cualquier Médico Anestesiólogo del Servicio.-

Hemos hecho, y nos han sido respondidas, todas las preguntas que hacen al acto anestésico y sus consecuencias, dándonos por satisfechos con las

explicaciones brindadas por el Médico Anestesiólogo que realizó la consulta preanestésica.

Como constancia firmamos el presente consentimiento informado en dos copias en el lugar y fecha consignado en el encabezamiento según lo dispuesto en los Artículos 26 y Artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.-

Dejamos constancia que nuestro hijo/a, dada su edad, ha sido escuchado/a y se le explicó, con términos sencillos y claros, los alcances de la anestesia a la que será sometido/a y así dejamos debida constancia en el presente.-

Observaciones:

..... Firma del Padre Firma de la Madre
..... Aclaración Aclaración
DNI N	DNI N

AQUÍ