

**SOLICITUD DE INTERNACIÓN PARA PACIENTES QUE VAN A SER TRATADOS POR MÉDICOS EXTERNOS Y/O SERVICIOS DE TERCEROS, AJENOS A LA INSTITUCIÓN.**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

**1.** Yo,....., habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, solicito ser internado en

....., de acuerdo a lo que ha sido requerido por mi

médico, Dr./a ....., con el fin de que se me realice el estudio o

intervención quirúrgica conocido como:.....

**2.** En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que vuestro establecimiento asistencial me brinde las prestaciones propias del servicio de internación que requiero, tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, atención médica de urgencia o de UTI, medicamentos, servicios laboratorio (ViH, Hepatitis virales, otras enfermedades por infecciones de transmisión sexual. ITS y Tuberculosis - TBC Ley Nro 27675) o diagnóstico por imágenes, alojamiento y nutrición. Igualmente en caso de ser necesario se procederá a transfusiones de sangre o hemoderivados.

**3.** Dejo expresa constancia que las prestaciones antes referidas son independientes de la atención médica que motiva mi internación, la cual ha sido indicada y será llevada a cabo por el Dr.

..... y/o su equipo, conociendo que dichos profesionales resultan ajenos a vuestra institución, por lo que renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza contra ustedes con causa en las consecuencias que pudieran devenir de la actuación médica del mencionado profesional y su equipo.

**4.** En lo que a la atención médica se refiere, dejo expresado que con anterioridad a este acto 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, los riesgos propios del tratamiento o procedimiento médico que en definitiva se me realizará, y las posibles consecuencias de su no realización.

**5.** Estoy en conocimiento de que durante el curso de la intervención médica condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que he autorizado autorizo al equipo médico, extensiva a quienes estos deleguen, la realización de los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales.

**6.** Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

**7.** Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al tratamiento a realizarme, y reconozco que la medicina es una ciencia no exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que por la individualidad propia de cada paciente, puedan presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los cuadros tratados, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones más prudentes.

**8.** Asimismo se me ha explicitado que en cualquier momento, durante mi internación y/o antes de llevarse a cabo el procedimiento, puedo rechazar la continuidad de la atención y/o la intervención o estudio aludido, rechazando su ejecución, debiendo comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

**Firma del paciente:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**Teléfono:** .....

**Domicilio:** .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O 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.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....