

CONSENTIMIENTO PARA ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACIÓN DOMICILIARIA.

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

1. Yo,....., por la presente autorizo a(nombre de la Institución prestataria del servicio) y su equipo de salud, a brindarme atención psiquiátrica bajo la modalidad de "Internación domiciliaria".

2. Específicamente se nos ha aclarado que los objetivos del tratamiento a realizarse son; y que de no aceptar el mismo en las condiciones indicadas, corro grave riesgo de que evolucione desfavorablemente mi enfermedad, poniendo en riesgo mi integridad y eventualmente la de terceros.

3. El **Dr./a.**es quien ha indicado mi tratamiento, en base al siguiente diagnóstico realizado según las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) DSM-

IV:..... El profesional nos ha sido explicado en términos claros y sencillos.

4. Hemos sido informado que como alternativa cabe mi internación en una institución psiquiátrica o bien tratamiento ambulatorio, pese a lo cual aceptamos la opción indicada por el profesional. En tal sentido se nos han explicado las complicaciones que pueden sobrevenir durante el tratamiento. Se nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos han sido específicamente aclarados:

a) Que el paciente deba cumplir con las siguientes condiciones: a.1.: Estar permanentemente acompañado por otra persona; a.2.: Debe tomar la medicación prescrita en la forma y condiciones que ha sido indicada; a.3.: Debe asegurarse que se cumpla con el aislamiento indicado, para lo cual se debe tener un control estricto de visitantes y llamadas telefónicas; a.4.: Debe comunicarse de inmediato a la institución cualquier episodio de crisis y/o descompensación que sufra el paciente. En caso de urgencias se deberá llamar sin demora al servicio de urgencias psiquiátricas que corresponde a la cobertura médica del paciente, cuyo teléfono declaro conocer.

b) Una persona debe tomar a su cargo la responsabilidad de que el paciente cumpla las condiciones expuestas y demás indicaciones que el equipo médico proporcione durante el tratamiento. Dicho acompañamiento estará a cargo de:, quien suscribe de conformidad al pie del presente.

5. Somos conscientes de que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconocemos que a pesar que se nos ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, el mismo no ha sido garantizado.

6. Damos fe de no haber omitido o alterado datos al exponer los antecedentes clínico-psiquiátricos.

7. Autorizamos la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estime el profesional y/o institución antes mencionados, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.

8. Se nos ha explicado que en cualquier momento puede retractarse la conformidad al tratamiento, rechazando su continuidad, para lo cual se deberá comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

Firma del paciente: **Aclaración:**

Documento: **Teléfono:**

Domicilio:

(1) **Firma del representante:**

Aclaración:

Documento: **Teléfono:**

Domicilio:

Vínculo con el paciente:

(2) **Firma del representante:**

Aclaración:

Documento: **Teléfono:**

Domicilio:

Vínculo con el paciente: