



SANATORIO
OTAMENDI MIROLI S.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Procedimientos invasivos

Fecha de ingreso

Yo,, DNI autorizo al profesional..... a realizar el siguiente procedimiento:

Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el procedimiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo de mi afección, y/o de las prácticas diagnósticas y/o terapéuticas propuestas. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas.

Así mismo doy mi consentimiento para que mi intervención quirúrgica sea grabada con fines de seguridad.

Dejo constancia que se me ha informado que personal de salud en formación puedan participar en el proceso de mi atención.

Autorizo a, a quien estoy afiliado, a solicitar fotocopia de mi historia clínica a los efectos que estime corresponder.

CONSENTIMIENTO PARA EL ALMACENAMIENTO, PROCESAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES.

Reconozco que, conforme a lo establecido por el art. 8 de la ley Nº 25.326, los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud puedan recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquellos, respetando los principios del secreto profesional. De conformidad con la citada ley de Protección de Datos Personales, autorizo al Sanatorio Otamendi y Miroli S.A. a procesar y a ceder a terceros, por medios electrónicos o no, los datos personales de mi titularidad y/o de por quien respondo y/o represento, incluyendo aquellos datos considerados sensibles por esta legislación, que pudieran ser recabados en virtud de las atenciones médicas que se realizaren en esta institución. El procesamiento y cesión de datos autorizado por la presente incluyen recolección, ordenamiento, almacenamiento, conservación, modificación, relacionamiento, evaluación, transferencia, bloqueo y destrucción. Los terceros a quienes la presente autoriza a ceder los datos incluyen a los financiadores de Sistema de Salud y a aquellos que los requieran por obligación legal. Los titulares de los datos podrán ejercer el derecho de rectificación, actualización y supresión de los datos personales que hubieran sido recabados y formen parte de nuestra base de datos. **Los titulares de los datos personales tienen la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme a lo establecido en el art. 4, incís. 3 de la ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, órgano de control de la ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre la protección de datos personales.**

Buenos Aires, de de, a las horas

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

Vínculo

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha/...../....., yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico

ESTE CONSENTIMIENTO DEBE SER FIRMADO
JUNTO AL DE PROCEDIMIENTO INVASIVO



SANATORIO
OTAMENDI MIROLI S.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA ESTETICA

Fecha de ingreso

Yo,, DNI autorizo al profesional
..... a realizar el siguiente procedimiento:

Declaro que la intervención a la que me someteré voluntariamente me ha sido totalmente explicada por los médicos, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudieran sobrevenir con motivo de la operación.

Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- 1- Me han sido detalladamente explicados los riesgos posibles de la cirugía plástica a la que me someteré.
- 2- En el lugar de la incisión casi siempre quedará una cicatriz; se tomarán los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
- 3- Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica o estética como la que me realizaré son similares a las de cualquier tipo de operación, incluyendo: inflamación, decoloración de la piel, hiperpigmentación, hemorragias, hematomas, seromas, trastornos de la conducción nerviosa y de la sensibilidad, cicatrización anormal, infección, necrosis, retracciones cicatrizales; entre otras.
- 4- Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden requerir intervenciones extra o no previstas por lo que autorizo y requiero que los cirujanos antes nombrados las realicen basados en su juicio profesional, incluyendo procedimientos de anatomía patología (biopsias), radiografías, transfusiones de sangre, etc. Esta autorización se extiende para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.
- 5- Autorizo a los cirujanos o a quienes ellos designen a realizar las curaciones y controles médicos necesarios durante el periodo postoperatorio.
- 6- Doy consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere necesaria o aconsejable por parte de los cirujanos o los médicos anestesistas por ellos seleccionados. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces la muerte.
- 7- Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que aunque los cirujanos me han informado adecuadamente de los resultados deseados de la operación, **NO SE ME HA GARANTIZADO LA OBTENCION DE LOS MISMOS.**
- 8- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después de la cirugía, siendo ese material propiedad de los cirujanos, pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas con propósitos médicos y educacionales.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado y evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones por ellos dadas hasta que posea el alta médica definitiva. Informaré fehacientemente a los médicos sobre cualquier novedad, cambio o traumatismo sobre la zona operada que pudiera interferir en la evolución normal del postoperatorio de acuerdo a las explicaciones que los mismos me brindaron sobre el particular.
- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico –quirúrgicos referentes a mi estado de salud previo ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieran haber sido realizados anteriormente por otros profesionales y no padecer enfermedades infectocontagiosas fuera de las declaradas.
- 11- Doy consentimiento al desecho de tejidos, dispositivos médicos o partes del cuerpo que sean extraídas.
- 12- En definitiva, se me ha explicado: a) todo sobre la cirugía plástica que me realizará, b) los procedimientos alternativos incluida la posibilidad de no operar. c) los riesgos inherentes a la cirugía que decidí realizarme.
- 13- Manifiesto ser alérgica a

Se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito más información. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido en su totalidad, autorizando a los cirujanos a realizarme la cirugía plástica proyectada en las consultas previas.

Buenos Aires, de de, a las horas

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración