



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 N° 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 Mirolí 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 N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, órgano de control de la ley N° 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