

Consentimiento informado general
PARA EXÁMENES DE MEDICINA NUCLEAR

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha://
D.N.I: Hora: // Domicilio:

Usted se va a efectuar un examen de Medicina Nuclear denominado tal como se lo solicitara su médico tratante, quién evaluó los riesgos/beneficios de su realización. Se me ha explicado el procedimiento de la técnica diagnóstico propuesta, y entregado material explicativo de sus beneficios y sus riesgos.

He podido reflexionar lo suficiente sobre las características de mi afección y las explicaciones brindadas, teniendo la posibilidad de negarme a realizar la prueba.

Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quién evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición.

También se me aclaró que puedo solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente, y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

SI - NO autorizo a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir sus resultados (incluso junto a otros) en revistas médicas o ámbitos científicos. Se garantizó que mi identidad quedará absolutamente resguardada.

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones.

El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L. y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quién así se constituye en su depositario.

Por ello autorizo al Dr..... y a los profesionales que él designe a llevar a cabo el procedimiento propuesto, así como la ejecución de prácticas médicas y procedimientos auxiliares, además de los ahora previstos o diferentes de ellos, tanto si se deben a situaciones imprevistas o no, y que dichos profesionales pueden considerar necesarios o convenientes.

Continúa

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO

Yo, PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizada una **ESTUDIO DE MEDICINA NUCLEAR**. (tachar lo que no corresponda). Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.
Buenos Aires, de de

Testigo		Paciente	
D.N.I	Firma	D.N.I	Firma
Representante legal		Médico	
D.N.I	Firma	N° Matrícula	Firma