

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A- ACEPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD; PROCEDIMIENTO O PLAN DE TRATAMIENTO

A1- Fecha: / /

Hora:

Ciudad:

A2- Identificación:

Yo, identificado/a con Documento Tipo (.....) N°, con un diagnóstico de **CERTIFICO** con este documento que he sido informado por el/la, cargo sobre:

A3- las siguientes actividades; procedimiento/s o plan de tratamiento que requiero:

.....

A4- Se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone, incluyendo los riesgos significativos y alternativas disponibles de acuerdo a la dolencia que me aqueja.

A5- Se me permitió preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la atención.

A6- He sido informado/a sobre mi derecho a rechazar la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento, o de revocar este consentimiento.

A7- Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al éxito de la actividad/es, procedimiento/s o tratamiento a realizar.

Por lo anterior **consiento y autorizo** a Profesional en del, para que se me realice la actividad/es, procedimiento/s o plan de tratamiento propuesto.

También entiendo y autorizo que en el caso de ser necesario, el seguimiento de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales dependientes de la Institución.

Firma del Paciente:

Aclaración:

Documento:

Domicilio:

SI EL FIRMANTE NO ES EL PACIENTE COMPLETAR

Por la presente deajo/amos constancia que la autorización brindada en el presente consentimiento es realizada en nombre del paciente, quien es un menor/incapaz de años de edad y yo/nosotros, el/los firmantes

manifiesto/amos ser el/los padre/s; tutores o curador y autorizo/amos la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma:
Aclaración:
Documento:
Parentesco:
Domicilio:

B- NO ACEPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROCEDIMIENTO O PLAN DE TRATAMIENTO

B1- En consideración a la información recibida y detallada anteriormente, he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR y NO AUTORIZAR** la/s actividad/es; procedimiento/s o plan de tratamiento propuesto.

B2- Declaro que he sido informado de manera amplia y suficiente sobre las probables consecuencias para mi salud. Por esta determinación, esas consecuencias son:
.....

.....
Nombre y firma del paciente, familiar o representante legal

.....
Documento de Identidad, Tipo y Nro

.....
Firma y sello del Profesional

Dado en la ciudad de a losdías del mes dedel año

RESOLUCIÓN CS Nº 118/2013

La Plata, 16 de Febrero de 2013

VISTO:

Las atribuciones conferidas por la Ley 10757 y lo establecido en los artículos 20 a 23 del Código de Ética y Deontología Fonoaudiológica sobre Consentimiento Informado y;

CONSIDERANDO:

Que la necesidad del Consentimiento Informado surge como una obligación en la relación profesional – paciente y tiene sustento en fundamentos legales y éticos que no pueden ser dejados de lado.

Que el Consentimiento Informado es un procedimiento formal que implica la declaración de voluntad del paciente de someterse a determinada práctica y/o tratamiento fonoaudiológico, luego de ser acabadamente informado, de manera comprensible sobre los objetivos del tratamiento o estudio; su procedimiento; los beneficios y riesgos potenciales y sobre la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento.

Que en este orden de ideas el Consentimiento Informado supone tres requisitos básicos: voluntad del paciente de someterse libremente al tratamiento, práctica o estudio; información que el matriculado debe brindarle; y capacidad o aptitud del paciente de comprender la información que recibe.

Que además de ser un deber profesional, el Consentimiento Informado se traduce en un resguardo en la relación fonoaudiólogo – paciente.

Que este Consejo Superior ha resuelto instrumentar un Formulario de Consentimiento Informado.

Que por lo expuesto resulta conveniente la aprobación de un formato para la obtención del Consentimiento Informado, que será de aplicación sugerida (no obligatoria) para los matriculados de este Colegio.

POR ELLO

EL CONSEJO SUPERIOR DEL COLEGIO DE FONOAUDIÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESUELVE:

Artículo 1º: Aprobar el formato de Consentimiento Informado, que será de uso sugerido para los profesionales matriculados en este Colegio y que obra como Anexo y forma parte integrante de la presente.

Artículo 2º: REGÍSTRESE como Resolución del Consejo Superior Nº 118/13 Comuníquese a los Colegios Regionales. Cumplido ARCHÍVESE.

Artículo 3º: La presente Resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación en la Página Web del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.