

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entre el/la Sr./Sra. _____
DNI _____ Domicilio real _____,
representado en este acto en adelante "EL/LA PACIENTE" por una parte , y por la otra el Dr. Dejo Santiago, Matricula Nacional 101855 y Provincial 94009, DNI 25029717, Domicilio real Ayacucho 3634 Depto.9, en adelante "EL PROFESIONAL O EQUIPO MÉDICO", se conviene la celebración del presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, Ley N°26.657, Ley N° 26.742 y su decreto reglamentario N° 1089/2012, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El profesional luego de la evaluación del EL/LA PACIENTE le informa que éste padece:

SEGUNDA: EL PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero realizar el siguiente procedimiento:

INYECCIONES PERINEURALES SUBCUTANEAS CON DEXTROSA AL 5% SEGUN LA TECNICA Lyftogt PIT®

Los beneficios razonables del tratamiento propuesto consisten en: **Mejoría de los síntomas y recuperación funcional.**

Las consecuencias de la denegación por parte del paciente son: Que su enfermedad de base continuará con su evolución natural.

Los riesgos del tratamiento, probables complicaciones y secuelas son: **propios de la de la aplicación subcutánea con inyecciones: infección en el sitio de la inyección, aumento de la inflamación y dolor en el sitio de la inyección, sangrado y/o moretones en el sitio de la inyección, decoloración de la piel en el sitio de la inyección. Propios de la condición del paciente y limitaciones del tratamiento: falta de alivio o empeoramiento de los síntomas, incapacidad para lograr un resultado exitoso.**

Como alternativa de tratamiento el PROFESIONAL ha propuesto:

El PROFESIONAL informa que el tipo de anestesia y sus riesgos son: **procedimiento sin anestesia.**

TERCERA: EL/LA PACIENTE en este acto OTORGA/NO OTORGA el consentimiento para que se le realice el procedimiento propuesto.

CUARTA: El consentimiento que por este acto emite EL/LA PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos.

EI/LA PACIENTE SI AUTORIZA/NO AUTORIZA a el PROFESIONAL a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en revistas, médicos y/o ámbitos científicos.

EI/LA PACIENTE SI AUTORIZA/NO AUTORIZA a el PROFESIONAL ser objeto de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales.

QUINTA: EI/LA PACIENTE reconoce que ha sido acompañado por EL PROFESIONAL en la explicación y redacción del presente consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho con la información recibida, que han sido evacuadas sus dudas y que ha podido tomar una decisión respecto de los procedimientos que realizarán en su zona de reserva.

SEXTA: EL PROFESIONAL se constituye en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la Historia Clínica que se encuentra guardada bajo fieles medidas de seguridad que personalmente ha supervisado.

SÉPTIMA: EL PROFESIONAL por este acto entrega el segundo ejemplar de un mismo tenor al Paciente.

OCTAVA: Las partes declaran que el lugar donde se llevó adelante la redacción del presente consentimiento informado es en Av.Constitución 4143, Mar del Plata, Buenos Aires.

NOVENA: Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este acuerdo las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen domicilios en el encabezado del presente, donde serán válidas todas las comunicaciones.

En prueba de conformidad con las cláusulas precedentes, siendo las horas _____ se formaliza el presente convenio en dos ejemplares de igual tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de Mar del Plata, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA DEL PACIENTE:

ACLARACION:

FIRMA DEL PROFESIONAL:

ACLARACION: