



Hospital Español  
de Mendoza

CONSENTIMIENTO DE INTERNACION

Nombre y Apellido del paciente.....  
Fecha de Nacimiento:.....  
Tipo y Numero de Documento:.....

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento devenido de mi estado de salud, considero ser internado/a en el Hospital Español de Mendoza, internación requerida por el Dr..... Con el fin de que se realicen los estudios, observación o práctica médica o quirúrgica que la patología de base requiera.
- 2) En virtud de lo manifestado autorizo a la mencionada Institución para que me brinde las prestaciones propias de su servicio de internación tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, medicamentos, diagnóstico por imágenes, laboratorio, nutrición, alojamiento y todo otro servicio que se encuentre disponible en el Hospital Español de Mendoza.
- 3) También manifiesto que entiendo y autorizo que las intervenciones clínicas o quirúrgicas propuestas derivadas del seguimiento clínico de mi dolencia, así como cualquier otra interconsulta eventual con otros especialistas, sea realizado por profesionales dependientes del Hospital Español de Mendoza, y/o de la cobertura médica prepaga o seguro médico que poseo, lo que se me será informado a la brevedad posible. También entiendo que de manifestar mi voluntad de ser evaluado por un profesional médico o auxiliar medico externo al Hospital Español de Mendoza, debo avisar a los médicos y autoridades de esta institución y convocarlo por mis propios medios.
- 4) Así mismo, dado que el Hospital Español de Mendoza, Es una Institución orientada a la formación médica, doy mi consentimiento para que la información registrada en mi historia clínica sea empleada con propósitos didácticos o de investigación resguardando mi identidad (Ley 26529 Derechos del paciente). Y además entiendo y comprendo que puedo ser asistido por médicos residentes de la institución.
- 5) En referencia a la atención médica, dejo expresado que se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que se me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles de acuerdo a la sintomatología que presento y los riesgos propios del procedimiento médico que en definitiva se me realizará. Se me ha informado que no es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

Firma del paciente:.....  
Aclaración.....  
Tipo y Número de Documento.....

Por el presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos.

Firma del paciente:.....  
Aclaración.....  
Tipo y Número de Documento.....  
Vínculo con el paciente, o representación que ejerce.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Por medio de la presente dejo constancia que revoco el consentimiento informado arriba presentado, y en consecuencia me niego a que se me realice la práctica médica aunque esto pueda traer consecuencias para mi salud, que me han sido explicadas y he comprendido y que acepto en pleno uso de mis facultades mentales.-

Firma del Paciente o Representante Legal:.....

(menor de 18 años o incapaz declarado)

Aclaración (Nombre y Apellido).....

DNI:.....

Firma:.....

Aclaración (Nombre y Apellido):.....

DNI:.....

Firma y aclaración del médico de cabecera:.....