

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERNACION EN NEONATOLOGÍA

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,.....(nombre completo de la madre) y(nombre completo del padre), a través del presente y habiéndosenos explicados en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizamos la internación de nuestro hijo/a.....en el Servicio de Neonatología del
2. La hospitalización del recién nacido consiste en la internación del menor en una unidad hospitalaria especializada, donde le realizan actividades, estudios, tratamientos e intervenciones tendientes al diagnóstico y/o estabilización y/o recuperación de las condiciones de salud del recién nacido, e incluye la posibilidad de soporte respiratorio (ayuda al recién nacido que no es capaz de respirar por sí mismo), colocación de catéteres venosos y arteriales (mecanismo para aplicar medicamentos y nutrición) y procedimientos como punciones lumbares (extracción de líquido de la columna) para la detección de infección, toracocentesis (punción en el tórax para tratamiento o estudio), etc.
3. Declaramos que hemos sido informados y por lo tanto estamos en conocimiento que la práctica médica no es una ciencia exacta, y que nadie puede dar una garantía o promesa acerca de sus resultados, como así también que toda actividad médica implica riesgos y complicaciones y que la probabilidad de que ocurra uno de estos eventos depende también de la condición clínica del recién nacido, malformaciones congénitas, enfermedades de la madre y otras enfermedades que sufra, además de la naturaleza de los procedimientos y las técnicas empleadas. Se nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas nos han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos nos han sido específicamente aclarados:
 - a) En los casos en los cuales el nacimiento se produce antes del término normal (prematurados), existen algunos riesgos comunes, tales como: hemorragias cerebrales, síndrome de membrana hialina (dificultad para respirar), intolerancia a la vía oral, infección intestinal (enterocolitis necrotizante), retinopatía (problemas en los ojos, hasta la ceguera), enfermedad pulmonar de largo tiempo con dependencia de oxígeno e incluso la muerte.
 - b) Estamos en conocimiento de que durante el curso de la internación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizamos y requerimos que el profesional interviniente, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizamos a que el profesional, o quien él designe, realice los controles necesarios en el período post-procedimiento.
4. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse durante la internación son aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales nos han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes: Reacciones alérgicas, complicaciones respiratorias por el uso del soporte respiratorio, hemorragias, infección, trastornos neurológicos y funcionales, neumotórax (perforación del pulmón), hemotórax (hemorragia en el pulmón), complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares e incluso la muerte.
5. Se nos ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hacemos constar que (*marcar "Sí o No"*) es nuestra voluntad que, en caso de presentarse durante la internación alguna complicación o daño que provoque una enfermedad incurable o lo coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de su estado terminal o irreversible, o bien le produzcan un sufrimiento desmesurado.
6. Autorizamos la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de la historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará el tratamiento, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención

médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizamos la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

7. La firma del presente documento no nos compromete en forma definitiva, por lo que estamos en conocimiento que podemos retirar o modificar el mismo, debiendo en tal caso comunicar ello de manera fehaciente a la institución.
8. Hemos leído detenidamente este instrumento y lo hemos entendido acabadamente, por lo que autorizamos su realización.

Firma de la madre: **Documento:**

Aclaración:.....

Firma del padre: **Documento:**

Aclaración:.....