

RECHAZO DE AMPUTACION DE MIEMBRO (POR GANGRENA).

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

1. Yo,, D.N.I., siendo las.....hs., manifiesto haber sido informado en términos claros y sencillos por el **Dr./a.**, que de acuerdo a la evaluación médica practicada se me ha diagnosticado GANGRENA GASEOSA del miembro inferior / superior derecho / izquierdo. Asimismo se me ha explicitado que se ha arribado a ese diagnóstico por medio de mi examen físico y/o laboratorio que evidenció el proceso infeccioso de ese miembro, motivo por el cual está indicado que se me realice el siguiente procedimiento médico: amputación suprapatelar / infrapatelar del miembro inferior / superior derecho / izquierdo. *(Tachar lo que no corresponda).*-

2. Se me ha explicitado que la amputación consiste en la resección definitiva de una parte o la totalidad de la extremidad.

3. El Profesional mencionado en el punto anterior me ha brindado explicaciones acerca de la enfermedad que padezco como así también las características y propósitos de la cirugía indicada, y los riesgos y consecuencias de no realizarla. Específicamente se me ha aclarado que dado el estado de mi afección no existe alternativa terapéutica y que de no practicarse la amputación corro alto riesgo de sufrir en corto plazo una sepsis severa (infección grave y generalizada), lo que producirá mi fallecimiento.

4. No obstante lo antes expresado **me niego a prestar conformidad para que la amputación sea llevada a cabo.**

5. Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y hago constar que asumo bajo mi exclusiva responsabilidad todas las consecuencias que la negativa expresada genere sobre mi estado de salud, aun cuando este rechazo terapéutico ponga en grave riesgo mi vida, deslindando de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.

.....
Firma paciente

.....
Firma Testigo

.....
Aclaración de firma

.....
Aclaración de firma

.....
Documento

.....
Documento

.....
Domicilio

.....
Domicilio

.....
Teléfono

.....
Teléfono

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento porque, tras su lectura y plena comprensión, he decidido bajo mi exclusiva responsabilidad posibilitar y/o proceder a que el paciente cuyo nombre completo se ha consignado precedentemente se retire de la institución, concluyendo así su atención médica en la misma, pese a la indicación médica recibida.

1) Firma: Aclaración:
Vínculo o representación que invoca:.....
Documento: Teléfono:
Domicilio:

2) Firma: Aclaración:
Vínculo o representación que invoca:.....
Documento: Teléfono:
Domicilio:

A suscribir por el médico actuante o la dirección médica:

Certifico que he explicado al paciente y/o representante/s la naturaleza, propósito, beneficios y riesgos del tratamiento indicado, así como los riesgos y consecuencias de no realizarlo. Me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he respondido todas las que me han sido formuladas. El Paciente / representante comprende totalmente lo que le he explicado y contestado no autorizando, no obstante, el procedimiento indicado.

Lugar y Fecha:

.....

Firma y sello del médico