

RECHAZO TERAPÉUTICO.

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

1. Yo,, D.N.I....., siendo las horas, manifiesto haber sido informado/a en términos claros y sencillos por el Dr./a..... que de acuerdo a la evaluación médica practicada se me ha diagnosticado....., motivo por el que está indicado realizarme el siguiente tratamiento:.....-

2. El Profesional mencionado en el punto anterior me ha explicado las características y propósitos del tratamiento propuesto, las posibles alternativas al mismo, y los riesgos y consecuencias de no realizarlo. **No obstante, me niego a prestar conformidad para que el mismo sea llevado a cabo, como así también rehúso se me practique cualquier otros tratamiento o procedimiento médico.**

3. Hago presente que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento indicado, como así también de sus alternativos, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

4. Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa 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
(familiar, enfermero, etc.)**

.....
Aclaración de firma

.....
Aclaración de firma

.....
Documento

.....
Documento

.....
Domicilio

.....
Domicilio

.....
Teléfonos

.....
Teléfonos

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente deixo 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, riesgos y alternativas del tratamiento indicado, así como los riesgos y consecuencias de no realizarlo; como así también de no aceptar los alternativos. 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, ningún tratamiento.

Lugar y Fecha:

.....
Firma y sello del médico