

**INTERNACION EN REHABILITACION –
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El/La que suscribe.....con Documento de
identidad N°....., consiente ser atendido /a en el centro de rehabilitación
.....y declara lo siguiente:

Doy mi conformidad y consentimiento para que
.....intervenga en mi asistencia médica.

He sido informado por el médico.....sobre la naturaleza y propósito
de las prácticas y tratamientos a realizarse, que en mi caso particular
son:
.....

También he discutido con él los beneficios que la internación tiene en mi caso, entre
ellos:
.....

Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas, estudios y tratamientos
que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos
y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.

Doy mi consentimiento para la administración de los medicamentos destinados a mi recuperación.

Me comprometo a cooperar con las indicaciones y cuidados necesarios hasta lograr el alta médica de
internación definitiva, y entiendo que deberé asumir las consecuencias si abandono por mi parte el
tratamiento.

Entiendo que puedo negarme al tratamiento o retirar mi consentimiento en cualquier momento.

He tenido la oportunidad de leer y discutir este consentimiento con mi médico y he podido realizar preguntas,
por lo que consiento al plan de tratamiento propuesto.

Entiendo que tratándose de módulos de baja complejidad el tratamiento tiene una duración máxima de tres (3)
meses. Entiendo también, que cuando se trate de los módulos de mediana y alta complejidad, el tratamiento
tiene una duración de hasta tres (3) meses, con posibilidad de prórroga de hasta tres (3) meses más, siendo
el máximo autorizable de seis (6) meses. Pasados los períodos indicados para los distintos módulos
mencionados, no podré permanecer en el centro de rehabilitación.

Confirmando que he leído y comprendido los términos de este Consentimiento,

a los días del mes de.....de 201.....

Afiliado N°:

Firma:

Aclaración:

Domicilio: