



# POLICLINICO MODELO DE CIPOLLETTI

San Martín y Libertad • Tel: (0299) 4039090 • Cipolletti • Río Negro

Fecha...../...../.....

## **SOLICITUD DE INTERNACION PARA PACIENTES QUE VAN A SER TRATADOS POR MÉDICOS Y / O SERVICIO DEL STAFF DE LA INSTITUCION.**

- 1 Yo,.....(poner nombre completo del paciente), a través del presente habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, solicito ser internado en .....(consignar el nombre completo del establecimiento asistencial), de acuerdo a lo que ha sido requerido por mi médico, Dr: ....., con el fin que me realice el estudio/ practica medica/ cirugía (tachar lo que no corresponda) conocida como:.....  
.....  
.....
- 2 En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicito y al mismo tiempo autorizo a que vuestro establecimiento asistencial antes mencionado, me brinde las prestaciones propias del servicio de internacion que requiero tales como: provisión de quirófano, atención de enfermería, atención medica o de UTI, medicamentos, diagnósticos por imágenes, alojamiento, nutrición, laboratorio y todo otra de tal naturaleza que me resulte necesaria de acuerdo a la atención medica que se me efectúe.....  
.....
- 3 Asimismo manifiesto que entiendo y autorizo que, en el caso de ser necesario, el seguimiento clínico o quirurgico de mi dolencia sea realizado por diferentes profesionales dependientes de la institucion en la que me interno.....
- 4 En lo que tal atención medica se refiere, dejo expresado que se me ha explicado la naturaleza y objetivo de lo que me propone realizar, incluyendo las alternativas terapéuticas disponibles de acuerdo a la sintomatología que presento, y los riesgos propios del tratamiento o procedimiento medico que en definitiva se me realizara.  
.....
- 5 Tambien autorizo por la presente la realización de todo el procedimiento, tratamiento o intervencion adicional o alternativa que resulten recomendables para el estudio y/o tratamiento de mi afección y/o de alteraciones adicionales que se detecten durante la presente internacion, incluyendo la prueba diagnostica para la detección del H.I.V a su vez, se ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento, en el caso que se me confirme que el resultado del análisis sea positivo.....



# POLICLINICO MODELO DE CIPOLLETTI

San Martín y Libertad • Tel: (0299) 4039090 • Cipolletti • Río Negro

- 6 Tomo conocimiento que, en caso que se me realice un procedimiento quirúrgico, me obligo personalmente ó por inetermedio de mis familiares ó terceros, a retirar la biopsia o muestra de quirófano en el momento inmediato de finalizada la intervención, siendo mi responsabilidad o la de mis familiares o terceros, llevarla a analizar al laboratorio de anatomía patológica que mi obra social indique. En consecuencia, asumo la responsabilidad por dicho trámite y el retiro de los resultados del análisis, deslindando de toda responsabilidad al Policlínico Modelo de Cipolletti S.A por la falta de retiro de la muestra o biopsia como así también de la búsqueda de los resultados que resulten del análisis de la misma. Transcurrido el lapso de las 24hs, y en el caso de no haber retirado la muestra o biopsia, tomo conocimiento que la misma será descartada y presto conformidad con ello por cuanto pierde las calidades propias para ser analizada. Una vez firmado el presente informaré a mis familiares/parientes a los fines mencionados.
- 7 Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realirme y reconozco que la medicina no es una ciencia exacta, de carácter inductivo, lo cual explica que por la individualidad propia de cada paciente, pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los cuadros tratados, existiendo en todo tratamiento clínico o quirúrgico un alea que escapa a las previsiones mas prudentes.-----

Firma del Paciente.....

Aclaracion .....

Documento .....

Domicilio .....

Telefono .....

.....  
Firma del Medico



# POLICLINICO MODELO DE CIPOLLETTI

San Martín y Libertad • Tel: (0299) 4039090 • Cipolletti • Río Negro

## SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ DE COMPLETAR

Por el presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representacion del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad de los terminos en los puntos que lo contienen.

Firma .....

Aclaracion .....

Vinculo/ o Representacion que ejerce:.....

Documento .....

Domicilio .....

Telefono .....