

Consentimiento Informado:

El Sr. / Sra. se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico / psicológico por presentar el siguiente diagnóstico (DSM - IV):

Eje I: síndromes clínicos

Eje II: trastornos del desarrollo y la personalidad

Eje III: trastornos o enfermedades físicas

Eje IV: severidad de los factores de estrés psicosocial

0 información inadecuada o condición sin cambios / 1 nulo / 2 leve / 3 moderado / 4 severo / 5 extremo / 6 catastrófico

Eje V: evaluación global del funcionamiento

90 síntomas ausentes o mínimos

80 reacciones transitorias al stress

70 dificultades leves

60 dificultades moderadas

50 dificultades severas

40 leve a moderado deterioro del juicio

30 severo deterioro del juicio

20 peligrosidad episódica para sí mismo o para terceros

10 peligrosidad persistente para sí mismo o para terceros

El plan terapéutico indicado consiste en:

Eje I: objetivos y procesamiento

Eje II: recursos psicoterapéuticos

Eje III: recursos psicofarmacológicos

Eje IV: grado de respuesta

Eje V: escala de evaluación global del funcionamiento

90 desaparición sintomática

80 reaparición sintomática al stress

70 persistencia sintomática leve

60 persistencia sintomática moderada

50 persistencia sintomática severa

40 resistencia leve a moderada

30 resistencia severa

20 deserción episódica

10 deserción persistente

Las condiciones necesarias para realizar su tratamiento son:

Cumplir con las indicaciones médicas impartidas y con la asistencia a las sesiones terapéuticas indicadas al entorno familiar. En caso contrario, los profesionales tratantes se deslindan de la responsabilidad de su tratamiento, dando por terminada su actuación en el mismo.

La ausencia en dos (2) de estas sesiones consecutivas sin previo aviso, será considerada deserción del tratamiento (la cancelación de dichas sesiones, en caso de no poder asistir por razones de fuerza mayor, deberá realizarse con 24 hs de anticipación).

El paciente o su representante legal tienen derecho a revocar en cualquier momento, por escrito, su consentimiento.

Los riesgos inherentes a la no realización o suspensión del tratamiento son:

(Detallar riesgo personalizado, riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención).

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al profesional tratante, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, Sr./a, DNI N°
en carácter de, declaro:

Haberme notificado y comprendido a través de esta hoja informativa del significado, las condiciones, y los riesgos inherentes al tratamiento propuesto.

Estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas y recibir respuesta a todas mis preguntas en entrevista personal con el Dr./ Lic.
.....

Autorizar al Dr. / Lic. a proceder al tratamiento de
....., DNI N°, así
como a la utilización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios en el curso del mismo. Asimismo, declaro haber tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a días del mes de
de

Paciente

Representante legal

Firma

Firma

DNI

DNI

Testigo

Medico

Firma

Firma

DNI

Sello

Denegación o Revocación

Yo,, DNI N°
en carácter de, después de ser informado/a de la
naturaleza y riesgos del tratamiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi
denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome
responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.
En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a días del mes de
de

Paciente

Representante legal

Firma

Firma

DNI

DNI

Testigo

Medico

Firma

Firma

DNI

Sello