



## CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO-ASISTENCIAL

Conforme a la Ley Nacional N.º 26.529 (y mod. 26.742), Ley Provincial de Neuquén N.º 2611  
y Artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación

### I. DATOS IDENTIFICATORIOS

#### A COMPLETAR POR EL PACIENTE:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra Social/Financiador y N°: \_\_\_\_\_

#### A COMPLETAR POR EL REPRESENTANTE LEGAL / TUTOR / FAMILIAR ALLEGADO (Si corresponde - Art. 21 Ley 2611):

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

#### A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Mat. Profesional N.º: \_\_\_\_\_

### II. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO

En estricto cumplimiento de las normativas de orden público que garantizan los derechos del paciente y el principio de autonomía de la voluntad, declaro haber brindado al paciente (y/o a su representante legal, en caso de corresponder) información clara, precisa, suficiente y oportuna, en lenguaje perfectamente comprensible, respecto del siguiente acto asistencial:

#### 1. Denominación de la práctica, procedimiento o tratamiento propuesto:

**2. Objetivos clínicos del tratamiento y beneficios terapéuticos esperados:**

**3. Riesgos potenciales, molestias y efectos secundarios clínicos previsibles (vinculados al tratamiento):**

**4. Alternativas terapéuticas disponibles con sus respectivos riesgos y beneficios:**

**5. Consecuencias clínicas previsibles de la no realización o del abandono del tratamiento:**

### III. MANIFESTACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE VOLUNTAD

Yo, el/la abajo firmante, en pleno uso de mis facultades mentales y actuando de manera absolutamente libre y voluntaria, declaro que:

- He recibido, evaluado y comprendido la información brindada por el profesional médico tratante respecto de la naturaleza, los alcances, los riesgos clínicos y los beneficios del procedimiento descripto.
- He tenido la oportunidad plena de formular todas las preguntas, dudas y objeciones que consideré oportunas, las cuales han sido respondidas a mi entera satisfacción.
- Comprendo que la ciencia médica no es exacta y que no se pueden garantizar de forma absoluta resultados de curación, comprometiéndome por mi parte a seguir fielmente las instrucciones asistenciales para el correcto desarrollo de la terapia.
- **Derecho de Revocación Extensible:** Comprendo que, según el Artículo 10 de la Ley N.º 26.529 y el Artículo 9 de la Ley Provincial N.º 2611, asisto del derecho inalienable de revocar (dejar sin efecto) este consentimiento en cualquier instancia del tratamiento de manera expresa y escrita, sin que dicha decisión afecte mi derecho a continuar recibiendo una atención médica alternativa, respetuosa y adecuada por parte del equipo de salud.

**Por lo expuesto, OTORGO MI CONSENTIMIENTO INFORMADO para la realización de la práctica propuesta.**

*Se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto: uno destinado a ser incorporado de forma obligatoria en la Historia Clínica del paciente, y otro en poder del firmante.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante Legal**

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Profesional Médico**

Aclaración: \_\_\_\_\_

Matrícula Profesional N.º: \_\_\_\_\_

#### **IV. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN EXPRESA**

##### **A SER COMPLETADA ÚNICAMENTE EN CASO DE DESISTIR DE LA PRÁCTICA.**

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2026, manifiesto mi voluntad expresa de **REVOCAR** de forma definitiva el consentimiento otorgado en el presente documento, deslindando al profesional médico tratante de las consecuencias clínico-asistenciales que de esta decisión personal e informada puedan derivarse.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante Legal**

DNI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Profesional Médico**

Matrícula N.º: \_\_\_\_\_