Ministerio de Salud
Gobierno de Santa Cruz

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 000

CENTRO DE SALUD MENTAL

Consentimiento Informado para el C.S.M.

Paciente:.....

Historia Clínica Nº..... Edad:..... Sexo:.....

Diagnostico:.....

.....

.....

.....

Doy mi consentimiento para que se me interne en el C.S.M. hogar de día en C.S.M./ hogar de día en Se.Tr.I.P.Co., destinados a pacientes con trastornos psiquiátricos de ambos sexos, ya que se han agotado otras instancias o medidas terapéuticas ambulatorias.

Autorizo se me hagan evoluciones diarias por equipo multidisciplinario (psiquiatra, psicólogo, medico clínico, trabajador social y enfermero entre otros) a fin de evaluar mi condición dentro de la institución.

Los tratamientos ya se de abordaje psicoterapéutico, farmacológico, social y de enfermería me han sido suficientemente explicados por el/la profesional:…..... y que dicha medida finalizara en el menor tiempo posible, tratando de lograr una pronta reinserción familiar, social y laboral.

Autorizo que el profesional actuante realice interconsultas a especialistas y/o estudios, del equipo medico del H.R.R.G. en caso de ser necesario.

He sido informado de la necesidad de participación y acompañamiento por parte del grupo familiar en el proceso terapéutico, del respeto de las indicaciones sobre la frecuencia y duración de las visitas y del lugar. Dichas visitas no podrán ingresar con elementos punzo cortantes, armas de fuego, drogas o sustancias toxicas.

Se me ha explicado que en caso de urgencia, el equipo de salud, puede decidir la indicación de medidas de contención física y/o farmacológica en el caso de ser necesarias para evitar daños para mi o para terceros durante la internación.

Podré solicitar mayor información y plantear mis dudas sobre mi evolución durante todo el proceso terapéutico.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento, con los que he acordado.

Lugar:..... Fecha: ...../...../.....

.....	.....
Firma del paciente o tutor	Firma del testigo
.....	.....
D.N.I. Nº	D.N.I. Nº
.....	.....
Aclaración	Aclaración

.....
Firma y Matricula del Médico