

Consentimiento informado de NO inclusión en lista de espera

HOJA 1 DE 1

Completar con letra de imprenta clara.

En , siendo las : hs del día del mes de
de y/o PACIENTE (NOMBRE y APELLIDO)
DNI N° con domicilio en ,
en presencia de DNI N° , Manifiesto:

- Que el Dr. me ha advertido de su obligación de realizar las gestiones necesarias a los efectos de inscribirme en la lista de espera del INCUCAI para un posible trasplante de acuerdo a la Ley 24.193.
- Que el Dr. MÉDICO A CARGO me ha informado que como requisito indispensable para ser incluido en lista de espera es necesaria la realización de estudios previos complementarios y obligatorios.
- Que el Dr. MÉDICO A CARGO ha explicado en forma suficientemente clara y entendible las consecuencias y riesgos y la evolución razonablemente esperada que de acuerdo a los conocimientos científicos se puede prever si recibo un trasplante , por estar incluido en lista de espera.
- Que se me ha informado que esta decisión no implica que en el futuro no pueda modificarla.
- Que el resultado de mi decisión no modificará o limitará mi derecho a la asistencia médica, ni la relación con mi médico tratante.
- Que en conocimiento de todo lo anteriormente expuesto y del procedimiento para acceder a un futuro trasplante , declaro que es de mi expresa voluntad NO someterme a los estudios mencionados y por lo tanto también rechazo expresamente someterme al procedimiento quirúrgico para recibir un trasplante renal, por razones personales.
- Tomo conocimiento de que mi decisión me obliga a permanecer en tratamiento dialítico sustitutivo de la función renal (sólo en el caso de lista de espera renal).
- Tomo conocimiento que podré cambiar mi decisión en cualquier momento, debiendo comunicarlo, en ese caso al equipo de profesionales tratante.

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada

.....
Firma y aclaración del familiar

.....
Firma y aclaración del paciente

Fecha de confección: / / (dd/mm/aaaa)

.....
Firma, aclaración y documento de un testigo no relacionado al equipo asistencial

CUCAIBA
Provincia de Buenos Aires
0800-222-0101

EAIT
Ciudad de Buenos Aires
0800-333-6627

ECODAI
Provincia de Córdoba
0351-4344105

CUDAIO
Provincia de Santa Fe
0342-4574814

INCAIMEN
Provincia de Mendoza
0261-4201997

CUCAITUC
Provincia de Tucumán
0381-430-1444

CUCAIER
Provincia de Entre Ríos
0343-422-1198

CUCAI
Provincia de Salta
0387-431-9298

CUCAI
Provincia de Chaco
0362-4453534

CUCAIMIS
Provincia de Misiones
0376-4447792

CUCAICOR
Provincia de Corrientes
03794-420696

CAISE
Provincia de Santiago del Estero
0385-4236911

INAISA
Provincia de San Juan
0264-4201029

CUCAI
Provincia de Jujuy
0388-4221228

CUCAI
Provincia de Río Negro
02920-427748

CUCAI
Provincia de Formosa
0370-4436109

CUCAI
Provincia de Neuquén
0299-4430705

CAIPAT
Provincia de Chubut
0280-4421797

CUCAI SAN LUIS
Provincia de San Luis
0266-4446291

CAICA
Provincia de Catamarca
0383-4437902

CUCAI
Provincia de La Pampa
02954-427006

CUCAILAR
Provincia de La Rioja
0380-4431963

CUCAI
Provincia de Santa Cruz
02966-42-5411

CUCAI
Provincia de Tierra del Fuego
02901-421915