

## Consentimiento informado

### **Oxigenoterapia crónica y ventilación no invasiva domiciliaria**

Por la presente yo, ....., DNI....., en mi carácter de paciente o de familiar/responsable del paciente ....., DNI....., dejo constancia que el/la Médico/a ..... me ha informado que debo realizar tratamiento de: .....

El/la Médico/a me ha explicado, y yo he comprendido, el diagnóstico, la naturaleza y propósito del tratamiento, los riesgos y consecuencias del mismo, la posibilidad de éxito en dicha terapéutica y me ha anticipado las probables consecuencias en caso de no recibir este tratamiento, o no realizarlo en la forma indicada. En este punto, la NO realización del tratamiento en la forma indicada por el médico, sería pasible de la discontinuidad de autorización del tratamiento por la OSUNL y el retiro del equipamiento por la empresa prestadora.

Asimismo, me ha explicado los efectos colaterales más comunes del tratamiento, pero entiendo que otros efectos colaterales también pueden ocurrir, y que debería rápidamente notificar a mi médico de cualquier cambio inesperado en mi estado físico o mental. A menos que se produzcan serias complicaciones por el tratamiento, entiendo que la discontinuación del mismo sin consulta con mi médico, puede ocasionar que mi enfermedad no mejore o que se agrave.

También se me ha informado que tendré la obligación de presentar periódicamente o cuando la Auditoria Medica de la OSUNL lo considere pertinente, toda la información médica necesaria para justificar la continuidad de la prestación. Si no cumpliera con este requisito se suspenderá el servicio y se me retirarán los equipos que estén en mi domicilio, comprometiéndome, en caso de cambio de domicilio a comunicar el mismo al prestador del Servicio y a la OSUNL.

Por el presente, afirmo que se me han respondido todas las preguntas. Dada esta información recibida, autorizo a mi médico/a y a los que sean designados por él, a que administren el tratamiento prescripto. Yo tomo esta decisión, aceptando la terapéutica recomendada para mi enfermedad, libre y voluntariamente.

Dirección del servicio: .....

Firma y aclaración del paciente:

*(Si corresponde)*

Firma, aclaración del familiar o responsable del paciente:

Carácter (parentesco o relación con el paciente):

Firma y sello Médico/a tratante:

Lugar y fecha: