

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Apellido y Nombre del Paciente			
Cobertura Médica/N° afiliado		Documento Identidad	

IMPORTANTE: Lea atentamente el presente documento, podría contener frases o palabras que usted no alcance a comprender. De ser así, por favor solicite al profesional tratante que le explique en detalle toda información que usted no entienda claramente. Al firmar el presente documento, usted estará aceptando su contenido y estará dando su consentimiento a las condiciones aquí detalladas.

➤ **Cuestiones Relativas a las Características del Tratamiento:**

Como parte integral del tratamiento de salud mental que solicito, acepto que los profesionales médicos que me asistieren me prescribirán el tratamiento farmacológico adecuado para mi problemática específica.

El profesional a cargo del tratamiento me explico el diagnóstico y las razones médicas para indicarme los medicamentos que me serán prescritos, incluyendo los riesgos y beneficios del tratamiento así como las alternativas al mismo.

Los efectos secundarios más comunes de estos medicamentos me fueron explicados, y se ha evaluado que los beneficios potenciales de estos son claramente superiores a los posibles efectos adversos.

Por la presente dejo constancia de haber sido informado de los potenciales efectos secundarios que sobre la tarea de conducir automóviles o maquinaria los medicamentos puedan causarme, haciéndome responsable de hacerlo bajo el efecto de los mismos.

Cualquier modificación en mi condición fisiológica (enfermedad, embarazo, etc.), previa o posterior al acceso al tratamiento, deberá ser informada al médico tratante.

La correcta ejecución de las indicaciones médicas influye directamente al resultado del tratamiento, siendo yo el único responsable por las consecuencias derivadas del incumplimiento parcial o total de las mismas.

En todo momento, el profesional tratante guardará debida confidencialidad respecto a la información por mi brindada, dicho límite solo podrá ser vulnerado con justa causa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión y a las normativas legales vigentes.

➤ **Cuestiones Relativas a la Duración y Modalidad del Tratamiento:**

El tratamiento se llevará a cabo a través de una serie de consultas presenciales cuya frecuencia y duración me serán indicadas por el profesional tratante, según su criterio clínico.

El plazo del tratamiento será el que el profesional juzgue necesario de acuerdo a la problemática por mi expuesta a lo largo de las consultas.

La interrupción inconsulta del consumo de la medicación prescrita puede afectar desfavorablemente la evolución de mi tratamiento.

➤ **Cuestiones Relativas a la Evolución del Tratamiento:**

Podré interrumpir el tratamiento en forma unilateral en el momento en que lo considere oportuno, sin necesidad de explicar causa o motivo, con el único requisito de informar esta decisión al profesional tratante. El profesional evaluará si dicha interrupción puede ser perjudicial para mí o para terceros y se reservará el derecho de notificar esta decisión a quien considere responsable.

Yo, como paciente, seré responsable de seguir y observar fielmente todas las indicaciones médicas impartidas por el profesional tratante, como ser: planes de medicación, interconsulta con otros profesionales y/o eventuales derivaciones institucionales.

➤ **Cuestiones Relativas al Pago de Honorarios:**

El costo de las consultas realizadas dependerá del plan de cobertura médica del que disponga y del tipo de prestación a realizar en cada caso.

En algunos casos la cobertura del plan médico puede ser completa y no requerir de pagos adicionales, en otros casos puede requerirse un pago adicional en cada consulta (llamado copago o coseguro); de ser así, el importe de dicho copago es el fijado por la institución de salud a la cual usted está afiliado.

Cuando supere el tope de consultas anuales cubiertas por su plan médico (medicina prepaga u obra social), usted deberá abonar un copago de post-cobertura en cada consulta para poder continuar con el tratamiento, el importe de dicho copago podrá ser consultado con su terapeuta o con el personal administrativo.

Consentimiento del paciente:

He leído y revisado cuidadosamente el contenido del presente documento, he podido consultar todas mis dudas al respecto y las mismas me han sido debidamente aclaradas, por lo tanto, habiendo comprendido todos los requerimientos y condiciones para mi tratamiento, declaro:

- Que todos los datos personales que he aportado para la confección de mi historial clínico son veraces.
- Que he recibido suficiente información acerca del tratamiento psicofarmacológico que he solicitado.
- Que doy expreso consentimiento para la administración de medicamentos para tratar mi dolencia.
- Que he sido informado respecto a los posibles efectos adversos asociados al consumo de los mismos.
- Que acepto la entera responsabilidad por eventuales daños consecuentes del incumplimiento de las indicaciones médicas.
- Que he recibido notificación sobre los aranceles y copagos vigentes según el tratamiento.
- Que he sido informado de las condiciones administrativas respecto al pago de honorarios.

Por lo tanto, consiento voluntariamente la realización del tratamiento psicofarmacológico, estando en un todo de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente documento.

Lugar:.....

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

Firma del Paciente:.....

Aclaración:.....

Doc. Identidad:.....

Firma y Sello del Profesional:.....