

**CONSENTIMIENTO DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA.**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

**1.** Yo,....., habiéndome explicado en términos claros y sencillos los alcances, características y propósitos del tratamiento, presto conformidad para quedar internado en .....  
Específicamente se nos ha aclarado que los objetivos del tratamiento son:.....  
.....

**2.** El **Dr./a.** .....es quien ha indicado mi internación, en base al siguiente diagnóstico realizado según las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (*del inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) DSM-IV:.....  
.....  
El mismo me ha sido explicado en términos claros y sencillos.

Ante la alternativa de que continúe mi tratamiento en forma ambulatoria se nos han aclarado los motivos por los cuales, frente al diagnóstico y estado actual de mi enfermedad, resulta aconsejable mi internación. Específicamente se nos ha aclarado que de no aceptar la misma corro grave riesgo de que evolucione desfavorablemente mi enfermedad, poniendo en riesgo mi integridad, y eventualmente la de terceros.

**3.** En virtud de lo manifestado en el punto anterior, solicitamos y al mismo tiempo autorizamos a que el establecimiento antes mencionado brinde las prestaciones propias de su servicio de internación, atención psiquiátrica, atención de enfermería, atención médica de urgencia, medicamentos, alojamiento, nutrición, laboratorio, y todo otra que resulte necesaria de acuerdo a indicación médica.

**4.** Aceptamos las condiciones que me impone la institución en cuanto a horarios de comidas, utilización de las instalaciones, visitas, horas de reposo, permisos de salida, y otras que el establecimiento contemple dentro de su organización asistencial; como así también manifestamos conocer que mi externación o derivación a otro centro médico asistencial deberá estar indicada por mi médico tratante, haciéndonos responsables de cualquier decisión unilateral que tomemos al respecto.

**5.** Autorizamos por la presente la realización de todo tratamiento adicional que resulte recomendable para el estudio y/o tratamiento de mi enfermedad, y/o de alteraciones adicionales que se presenten durante la internación.

**6.** Somos conscientes que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconocemos que a pesar que el médico nos ha informado adecuadamente del resultado

deseado y beneficios esperados de mi internación, no me ha sido garantizado la obtención de los mismos.

7. Damos fe de no haber omitido o alterado datos al exponer los antecedentes clínico-psiQUIÁTRICOS.
8. Nos comprometemos a cooperar con todo el equipo de salud que presta servicios en el establecimiento, cumpliendo fielmente las indicaciones, controles y cuidados que se me indiquen.
9. Autorizamos la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial a cargo de mi tratamiento, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.
10. Dejamos aclarado que se nos ha explicado que en cualquier momento puedo retractarme del tratamiento, rechazando su ejecución o continuidad del mismo, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
11. Hemos leído detenidamente este instrumento y entendido acabadamente, por lo que autorizamos el tratamiento indicado.

**Firma del paciente:** ..... **Aclaración:** .....

**Documento:** ..... **Teléfono:** .....

**Domicilio:** .....

(1) **Firma del representante:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** ..... **Teléfono:** .....

**Domicilio:** .....

**Vínculo con el paciente:** .....

(2) **Firma del representante:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** ..... **Teléfono:** .....

**Domicilio:** .....

**Vínculo con el paciente:** .....