

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERNACIÓN VOLUNTARIA EN SALUD MENTAL

(LEY NACIONAL N°26.657)

El abajo firmante sr/a. _____
D.N.I. / L.E. / L.C. _____ de _____ años de edad y en su defecto quien
corresponda (padre/ tutor/ encargado/ curador) _____
D.N.I. / L.E. / L.C. _____ de _____ años de edad dice que:

1. Da conformidad a la guardia de Salud Mental respecto a la indicación de internación en sala de agudos de Salud Mental. Dentro de las 48 horas bajo evaluación del equipo interdisciplinario de sala, se dará continuidad a la internación o discontinuará la misma.
2. Conoce la internación es de puertas abiertas, puede solicitar el alta de la internación en cualquier momento. Quedando sujeta al equipo tratante de Sala de Internación quien evaluara su situación.
3. Acepta haber recibido información sobre su situación de salud y diagnóstico.
4. Se le es informado en que consta la internación en salud mental (administración de psicofármacos, entrevistas familiares, entrevistas/ indicaciones psicoterapéuticas, sociales, exámenes complementarios, interconsultas, Acompañante Terapéutico, cuidados de enfermería) administrado por el equipo interdisciplinario.
5. Conoce cuales son las probabilidades de mejorarse sin tratamiento de internación en salud mental.
6. Acepta que ha tenido amplias oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.
7. Por ello autorizo al Psiquiatra de guardia respecto a la indicación de internación en sala de agudos de Salud Mental y dentro de las 48 horas bajo evaluación del equipo interdisciplinario de sala, a reevaluar la continuidad del mismo.
8. Entiendo previamente por todo lo expuesto en los ítems anteriores, que resulta la mejor opción terapéutica para mi situación actual.
9. Acepta haber recibido una copia del consentimiento informado.

Se me explicó en qué consiste la internación, beneficios y riesgos. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno:

Doy mi consentimiento para la internación:

Firma y aclaración del/la paciente y/o del
representante legal (En caso de menor de edad)

Firma y aclaración del/los
profesionales interviniente

Firma y aclaración del/los
profesionales interviniente

Lugar, fecha, hora: _____

REVOCACIÓN DE LA INTERNACIÓN

De conformidad con lo establecido por la Ley Provincial N° 2.611 Art. 9 Inc. "E" de la Provincia del Neuquén, rechazo y en consecuencia revoco mi consentimiento para la internación asumiendo los riesgos para mi salud que me fueran explicados.

Firma y aclaración del/la paciente y/o del
representante legal (En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración del/los
profesionales interviniente

Firma y aclaración del/los
profesionales interviniente

Lugar, fecha, hora: _____

En el día de la fecha se me hace entrega de una copia del art. 7 de la Ley 26.657. Además, se me hace saber que se encuentra el texto completo de la Ley publicado en el Boletín Oficial (año CXVII numero 32.041) en Buenos Aires, el viernes 3 de diciembre de 2010 (disponible en <http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>)

Capítulo IV - Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7°: El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódica mente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.