



SANATORIO OTAMENDI  
MIROLI S.A.

## CONSENTIMIENTO MÉDICO

Fecha de ingreso

Yo, ..... autorizo al Dr. .... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos: .....

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

Autorizo a ....., a quien estoy afiliado, a solicitar fotocopia de mi historia clínica a los efectos que estime corresponder.

### CONSENTIMIENTO PARA EL ALMACENAMIENTO, PROCESAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES.

Reconozco que, conforme a lo establecido por el art. 8 de la ley Nº 25.326, los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud puedan recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquellos, respetando los principios del secreto profesional. De conformidad con la citada ley de Protección de Datos Personales, autorizo al Sanatorio Otamendi y Mirolí S.A. a procesar y a ceder a terceros, por medios electrónicos o no, los datos personales de mi titularidad y/o de por quien respondo y/o represento, incluyendo aquellos datos considerados sensibles por esta legislación, que pudieran ser recabados en virtud de las atenciones médicas que se realizaren en esta institución. El procesamiento y cesión de datos autorizado por la presente incluyen recolección, ordenamiento, almacenamiento, conservación, modificación, relacionamiento, evaluación, transferencia, bloqueo y destrucción. Los terceros a quienes la presente autoriza a ceder los datos incluyen a los financiadores de Sistema de Salud y a aquellos que los requieran por obligación legal. Los titulares de los datos podrán ejercer el derecho de rectificación, actualización y supresión de los datos personales que hubieran sido recabados y formen parte de nuestra base de datos. **Los titulares de los datos personales tienen la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme a lo establecido en el art. 4, inc. 3 de la ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, órgano de control de la ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre la protección de datos personales.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante

\_\_\_\_\_  
Aclaración