



## Consentimiento informado de NO inclusión en lista de espera

HOJA 1 DE 1

Completar con letra de imprenta clara.

En  , siendo las  :  hs del día  del mes de   
de y/o PACIENTE (NOMBRE y APELLIDO)   
DNI Nº  con domicilio en  ,  
en presencia de  DNI Nº  , Manifiesto:

- Que el Dr.  me ha advertido de su obligación de realizar las gestiones necesarias a los efectos de inscribirme en la lista de espera del INCUCAI para un posible trasplante  de acuerdo a la Ley 24.193.
- Que el Dr. MÉDICO A CARGO me ha informado que como requisito indispensable para ser incluido en lista de espera es necesaria la realización de estudios previos complementarios y obligatorios.
- Que el Dr. MÉDICO A CARGO ha explicado en forma suficientemente clara y entendible las consecuencias y riesgos y la evolución razonablemente esperada que de acuerdo a los conocimientos científicos se puede prever si recibo un trasplante  , por estar incluido en lista de espera.
- Que se me ha informado que esta decisión no implica que en el futuro no pueda modificarla.
- Que el resultado de mi decisión no modificará o limitará mi derecho a la asistencia médica, ni la relación con mi médico tratante.
- Que en conocimiento de todo lo anteriormente expuesto y del procedimiento para acceder a un futuro trasplante  , declaro que es de mi expresa voluntad NO someterme a los estudios mencionados y por lo tanto también rechazo expresamente someterme al procedimiento quirúrgico para recibir un trasplante renal, por razones personales.
- Tomo conocimiento de que mi decisión me obliga a permanecer en tratamiento dialítico sustitutivo de la función renal (sólo en el caso de lista de espera renal).
- Tomo conocimiento que podré cambiar mi decisión en cualquier momento, debiendo comunicarlo, en ese caso al equipo de profesionales tratante.

**La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada**

.....  
Firma y aclaración del familiar

.....  
Firma y aclaración del paciente

Fecha de confección:  /  /  (dd/mm/aaaa)

.....  
Firma, aclaración y documento de un testigo no relacionado al equipo asistencial

**CUCAIBA**  
Provincia de Buenos Aires  
0800-222-0101

**EAIT**  
Ciudad de Buenos Aires  
0800-333-6627

**ECODAIC**  
Provincia de Córdoba  
0351-4344105

**CUDAIO**  
Provincia de Santa Fe  
0342-4574814

**INCAIMEN**  
Provincia de Mendoza  
0261-4201997

**CUCAITUC**  
Provincia de Tucumán  
0381-430-1444

**CUCAIER**  
Provincia de Entre Ríos  
0343-422-1198

**CUCAI**  
Provincia de Salta  
0387-431-9298

**CUCAI**  
Provincia de Chaco  
0362-4453534

**CUCAIMIS**  
Provincia de Misiones  
0376-4447792

**CUCAICOR**  
Provincia de Corrientes  
03794-420696

**CAISE**  
Provincia de Santiago del Estero  
0385-4236911

**INAISA**  
Provincia de San Juan  
0264-4201029

**CUCAI**  
Provincia de Jujuy  
0388-4221228

**CUCAI**  
Provincia de Río Negro  
02920-427748

**CUCAI**  
Provincia de Formosa  
0370-4436109

**CUCAI**  
Provincia de Neuquén  
0299-4430705

**CAIPAT**  
Provincia de Chubut  
0280-4421797

**CUCAI SAN LUIS**  
Provincia de San Luis  
0266-4446291

**CAICA**  
Provincia de Catamarca  
0383-4437902

**CUCAI**  
Provincia de La Pampa  
02954-427006

**CUCAILAR**  
Provincia de La Rioja  
0380-4431963

**CUCAI**  
Provincia de Santa Cruz  
02966-42-5411

**CUCAI**  
Provincia de Tierra del Fuego  
02901-421915