



Compañía <b>ITAC Nephrology</b>	Código del Documento <b>ITAC-NOR-AC-DDp 001-01</b>	Versión <b>001</b>	Tipo de documento <b>NORMATIVA</b>	Página <b>1 (5)</b>
Nombre del documento <b>DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES</b>				
Realizado por <b>Del Prado Gabriela Alejandra, Sánchez Sarmiento María de la Paz</b>				
Revisado por <b>Werber Gustavo</b>			Fecha de última revisión <b>31/03/2023</b>	
Aprobado por <b>Werber Gustavo</b>		Fecha de creación <b>22/12/2022</b>	Fecha de implementación <b>31/03/2023</b>	

# DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

## VERSION PARA PACIENTES

### VERSION 1

	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
ACLARACIÓN	<i>del Prado Gabriela</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
CARGO	<i>Gerente de Calidad</i>	<b>Gustavo Werber</b>	<b>Gustavo Werber</b>
FIRMA	<i>[Signature]</i> <b>Del Prado Gabriela Alejandra</b>	<b>Director médico</b> <b>MN 126812</b> <b>ITAC-Nephrology S.A</b>	<b>Director médico</b> <b>MN 126812</b> <b>ITAC-Nephrology S.A</b>
SELLO	<b>MN113609</b> <b>Gerente de Calidad ITAC</b> <b>Nephrology SA</b>		

**Sánchez Sarmiento María de la Paz**  
**MN 138532**  
**Auditoría Médica ITAC**  
**Nephrology SA**

## GUIA PARA PACIENTES

Como paciente usted posee los siguientes derechos y deberes.

### Derechos del paciente

1. **Ser asistido por un profesional de la salud**, saber quiénes le está proporcionando los servicios médicos y quién es el responsable de su cuidado.
2. **Conocer el nombre del médico a cargo de su tratamiento**, así como también los nombres y funciones del personal involucrado en el mismo.
3. **Estar notificado acerca de sus derechos.**
4. **Recibir una tratamiento digno y respetuoso en un entorno seguro**, debidamente acondicionado y limpio, libre de barreras, considerando sus características psicosociales, espirituales, religiosas, culturales, étnicas, de edad, sexo nacionalidad, discapacidad, orientación sexual y fuente de financiación.
5. **Acceder a la información completa** sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, con la suficiente antelación como para poder facilitar la toma de decisiones, a través de una comunicación efectiva y de participación activa en todos los aspectos de su tratamiento, incluyendo su plan de alta.
6. **Acceder a su historia clínica (consulte procedimiento al respecto).**
7. **Confidencialidad en diagnósticos e historia clínica.** Tener privacidad, confidencialidad y seguridad de toda su información médica y referente al tratamiento durante su estadía.
8. **Obtener intimidad de los datos sensibles.**
9. **Participar en su atención.**
10. **Obtener una interconsulta médica.**
11. **En caso de su derivación a otro centro asistencial; que la Institución notifique a la brevedad a un familiar/representante de su elección y a su médico de cabecera.**

12. **Derecho a que el dolor sea detectado y tratado oportunamente**, la evaluación, el manejo apropiado e intensivo del dolor y al tratamiento de los síntomas, procurando su confort, preservando su dignidad y teniendo en cuenta sus aspectos psicosociales y espirituales y los de su familia.
13. **Recibir asistencia religiosa.**
14. **Disponer de directivas anticipadas**, recibir directivas médicas avanzadas y designar un responsable para la toma de decisiones de su salud.
15. **Poder aceptar, rechazar o interrumpir tratamientos médicos:** autonomía de la voluntad, el derecho al consentimiento informado y a revocar un consentimiento informado.
16. **Recibir información sanitaria , preguntar todas las dudas** que surjan y recibir una respuesta, incluyendo amplia información sobre los riesgos y beneficios del mismo, para poder decidir y así otorgar el consentimiento informado o rehusar cualquier procedimiento, tratamiento o servicio prepuesto.
17. **Consentimiento Informado:** autorizar o denegar un tratamiento, procedimiento o la divulgación de su información médica, la composición de su equipo de tratamiento y su participación en proyectos de investigación, pudiendo revocarlo o cambiarlo libremente durante su estadía.
18. **Negarse a recibir información médica**, expresado mediante directivas anticipadas que deberá informar y firmar en el momento de su internación, o durante la misma, pudiendo revocarlas o modificarlas libremente durante su estadía.
19. **Egreso sin alta médica (Alta voluntaria)**, usted tiene derecho a retirarse de la Institución en cualquier momento de su estadía, deberá informar a los profesionales tratantes y firmar el egreso voluntario que ellos mismos le facilitarán, se le darán de todas formas indicaciones y pautas médicas.
20. **Estar informado sobre su participación en proyectos de investigación clínica y educación vinculados al tratamiento.**
21. **Recibir cuidado respetuoso y compasivo al final de la vida.**
22. **Acceder a autoridades públicas para su adecuada representación, servicios de autoayuda y/o apoyo y asistencia espiritual.**
23. **Adherirse a la investigación y resolución ética de presuntas violaciones a sus derechos y a acceder a otros derechos legales.**
24. **Recibir tratamiento de emergencia en caso de que lo necesite.**

**25. Recibir información necesaria para ser donante de órganos.**

**26. Poder realizar un reclamo respecto a sus cuidados y su estadía en la Institución,** sin temor a represalias durante su tratamiento, recibiendo una respuesta concreta por parte de la Institución.

**27. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a tomar decisiones sobre su asistencia y procedimientos médicos,** bajo el principio de autonomía progresiva, y de acuerdo a lo establecido por el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley N°26.061. Pueden participar en investigaciones científicas con previo consentimiento escrito y conforme dicte la reglamentación vigente en la materia.

### Deberes del paciente

- 1. Proporcionar información completa de la enfermedad,** proporcionar información precisa y completa sobre sus afecciones presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicación y otros antecedentes relevantes acerca de su salud. Deben comunicar a su médico y/o enfermera a la brevedad cambios inesperados en su condición. Si no comprende claramente su plan de tratamiento o lo que debe hacer para colaborar con el mismo, debe hacérselo saber al médico responsable de su tratamiento.
- 2. Informar sobre cambios inesperados en el estado de salud.** Comprometerse con el plan de tratamiento recomendado. Nuestros profesionales le indicarán el tratamiento a seguir, el seguimiento y cumplimiento del mismo por parte de usted es muy valioso para su salud.
- 3. Firmar el consentimiento médico informado,** autorizando o denegando el procedimiento o tratamiento.
- 4. Cumplir con las obligaciones administrativas y financieras de su asistencia médica.**
- 5. Informar en el momento de la admisión, quienes son aquellos que estarán acompañado al paciente durante su internación, detallando nombre, apellido y número de documento.**
- 6. Cumplir con el reglamento de la Institución, sus visitas también deberán hacerlo.** Como institución poseemos normas que hacen a una mejor estancia, deberá leerlas y firmar la conformidad previo a su internación.
- 7. Cumplir con el horario de visitas estipulado en el establecimiento.** Como norma de convivencia es importante respetar y cumplir los horarios establecidos para realizar las visitas.
- 8. Respetar a otros pacientes y sus familias.** Cada familia merece el mismo respeto que usted, es por ello que es muy importante la empatía y la buena predisposición.

9. **Cumplir con sus citas médicas y/o notificar inasistencias.** El tiempo de todos los pacientes es muy importante para nosotros, por eso les solicitamos nos informen sobre cualquier inasistencia.
10. **Asumir consecuencias si no cumple con el tratamiento recomendado.** A diario muchas personas trabajan para el bienestar de los pacientes, todos ellos forman parte de un mismo equipo, cada colaborador es indispensable.
11. **Respetar al personal de la Institución, a otros pacientes y familiares.** Tenga en cuenta que desde que usted ingresa a nuestra institución hay personas trabajando para su bienestar, respételes y valorélas, todas y cada una de ellas es indispensable para una atención de calidad.
12. **Cumplir con el horario del alta médica.** El proceso del egreso sanatorial es complejo, por ello se les solicita respetar el horario estimado del mismo, al ser un centro de trasplantes podemos tener un nuevo ingreso en cualquier momento.
13. **No fumar ni consumir sustancias nocivas en las instalaciones de la Institución.** Por su bienestar y por el de los demás, les agradecemos no consumir sustancias nocivas para la salud.
14. **Contar con la pulsera identificatoria colocada durante su estadía.** Solicitar la recolocación en caso de pérdida, rotura o extravío.
15. **Informar al personal de salud si presenta dolor y participar en su control.**
16. **Hacer preguntas si no comprende su tratamiento, estado actual o alguna indicación dada.**
17. **Lavado e higiene de manos.**
18. **En caso de egreso sin alta médica (Alta Voluntaria), firmar la misma en el formulario correspondiente.**

## NOTA DE SOLICITUD Y ENTREGA DE COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

El siguiente documento tiene por objeto establecer las pautas para realizar la solicitud y entrega de la copia de la historia clínica (en adelante HC).

El original de la HC deberá permanecer siempre en ITAC. Acorde a las disposiciones legales vigentes, la Institución tiene la obligación de guarda de la HC del paciente, tanto en formato papel como digital.

ITAC podrá entregar a los pacientes, familiares o persona que el paciente autorice, una copia de la HC (en formato papel o PDF vía mail) siempre y cuando se cumplan con todos los requisitos estipulados por la Institución.

Quien lo solicite, debe iniciar el pedido a través del mail [consultas@itac.com.ar](mailto:consultas@itac.com.ar).

### ¿QUIÉNES PUEDEN SOLICITAR LA HC DE UN PACIENTE?

- Paciente o su representante legal.
- Cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho.
- Herederos forzosos (hijos, cónyuge y padres de la persona que fallece).
- Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, podrán solicitar una copia de la HC cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.
- **Si el pedido es realizado por la obra social del paciente en cuestión, por algún motivo administrativo o de facturación, de debe entregar lo solicitado a la brevedad, con copia a Auditoría Médica.**

### ¿QUÉ REQUISITOS SE DEBEN CUMPLIR AL SOLICITAR LA HC?

La HC puede ser pedida tanto en formato papel como digital (PDF).

1. **El paciente y su representante legal:**
  - Deberá completar y firmar el formulario de solicitud de HC (ANEXO I).
  - Adjuntar una copia de DNI.
2. **El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho:**
  - a. Deberá completar y firmar el formulario de solicitud de HC.
  - b. Copia de un documento que acredite el vínculo con el paciente.
  - c. **Autorización del paciente.** En caso que el paciente se encuentre imposibilitado de dar la autorización, el solicitante deberá presentar un documento que acredite dicha situación (ejemplo: un certificado médico).
  - d. Adjuntar copia de DNI del paciente y copia de DNI del solicitante.
3. **Herederos forzosos:**
  - Deberá completar y firmar el formulario de solicitud de HC.
  - Copia de un documento que acredite el vínculo con el paciente.
  - Copia del certificado de defunción.

- Copia de DNI del solicitante.
4. **Los médicos, y otros profesionales del arte de curar:**
- Podrán solicitar una copia de la HC cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal (debe adjuntar autorización del paciente).
  - Cuando el profesional ha sido uno de los médicos (o enfermero/as) tratantes y se encuentra requerido en una **mediación** o está involucrado en un **juicio civil o penal** relacionado con la atención médica del paciente. El médico deberá presentar algún documento que acredite que el motivo del pedido es una de las situaciones mencionadas (mediación/juicio). No se requiere la autorización del paciente o familiar para entregarle las copias.

**EN TODOS LOS CASOS EL FORMULARIO DEBERÁ:**

- **CONTENER LOS DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE Y LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO**
- **CONTENER LOS DOCUMENTOS QUE CORRESPONDAN**
- **SE ENVIARÁ A [consultas@itac.com.ar](mailto:consultas@itac.com.ar).**
- **EL MISMO SE INCORPORARÁ A LA HC.**