

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO (A)

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años de edad,
con domicilio en

DNI y N° de afiliado:

Completar en caso de ser necesario:

Representante legal (nombre/s y apellido/s)

de años de edad, con domicilio en.....

y DNI....., en calidad de (indicar relación con el paciente):.....

DIGO :

Que el Dr/a..... MN..... especialista en
....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los
nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos)
.....para la
enfermedad o problema (consignar diagnóstico)

Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los
posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en
período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la
medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo;
asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo
inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la
medicación citada.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar
sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En losdías del mes dede 20.....

Firma:
(Paciente/Representante/s legal/es)

Aclaración:

Firma:
(Médico)

Sello: