

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS

DROGA.....

Lugar y fecha.....

Por medio de la presente, Yo.....

DNI, o mi tutor o representante legal

DNI..... otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a

(tachar lo que no corresponda) en.....

bajo la atención profesional del Dr.

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual
(diagnostico de enfermedad actual)

.....

.....

También he sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar).....

.....

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas, y secuelas
por el uso de la misma (detallar).....

.....

Se me han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en
relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son.....

.....

Por último he sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del
tratamiento propuesto o de las alternativas que son.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN PACIENTE/TUTOR/REPRESENTANTE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

DOCUMENTO Y GRADO DE PARENTESCO: