

Apellido y Nombre del Socio

Nro. de Socio

Edad (en años)

Peso (en kg)

Talla (en cm)

Medicamentos

	Nombre genérico	Dosis/Kg peso	Dosis total	Frecuencia de administración	Intervalo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Código de diagnóstico (ICD9)

Tiempo de tratamiento

Fecha programada de inicio de tratamiento / /

Indique la patología que corresponda.....
.....
.....

Resumen de historia clínica
.....
.....
.....

Lugar de administración del medicamento (marcar con una cruz e indicar nombre y dirección de Institución):

Hospital de día Internación Ambulatorio

Adjuntar originales de resumen de historia clínica, receta de medicamentos y estudios de diagnóstico específicos según patología.

Código de prestador

Fecha: / /

Firma del profesional

Sello del profesional

Nota: Cualquier modificación que se efectúe en el tratamiento (medicamento, dosis, frecuencia, etc.) deberá solicitar una nueva habilitación.

El titular de los datos personales tiene 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 lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Nombre y Apellido o Codificación del paciente (según corresponda):	Nro. de DNI:
--	--------------

Detalle de drogas /medicamentos /tratamiento que va a recibir el paciente:
--

Declaración del paciente:

1- Declaro haber recibido, por parte del profesional, información clara, precisa y adecuada con respecto a mi situación clínica; el tratamiento / medicamento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de las alternativas y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el tratamiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de los alternativos especificados. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas. Comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir un cambio o extensión del tratamiento original mencionado arriba y soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del tratamiento.

2- Doy mi consentimiento para que me efectúen el tratamiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3- Entiendo que de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica a través de mi obra social /medicina prepaga. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del paciente:

DNI:	Lugar y Fecha:
------	----------------

Nombre y Apellido del profesional(es) actuante:

Firma:	Sello:
--------	--------

Lugar y Fecha:

Tutor legal o familiar (en caso que corresponda):

Nombre y Apellido:	Parentesco:
--------------------	-------------

Firma de familiar:	DNI:
--------------------	------

Lugar y Fecha:
