

CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDICAMENTOS RECUPERO SUR

Paciente:

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Tipo de Afiliado: _____

Responsable del Paciente:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Declaro que recibí por parte del medico profesional interviniente, prestador de su financiador, información clara, precisa y adecuada respecto a:

- El estado de salud
- El tratamiento propuesto e indicado al pie , con especificación de los objetivos perseguidos;
- Los beneficios esperados del tratamiento;
- Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- La especificación de los tratamientos alternativos y sus riesgos , beneficios y perjuicios en relación con el tratamiento propuesto;
- Las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento.

Diagnóstico:

Tratamiento Indicado (Consignar medicación por nombre genérico)

1. _____
2. _____

Objetivos:

Beneficios esperados del tratamiento

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan del tratamiento, en el sentido de que el tratamiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Entiendo que si no informo en forma adecuada y con la verdad los datos referidos a mi enfermedad, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumpla los tratamientos ordenados, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Firma del paciente: _____ Aclaración: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del medico: _____ Sello: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Comprendo y acepto que durante el tratamiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del tratamiento original o una modificación o la realización de otro tratamiento. Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado, y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos de la atención que se me va a practicar, los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el Tratamiento médico que aquí autorizo

"Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del tratamiento y firmo a continuación" (escribir de puño y letra).

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Aclaración: _____

DNI N° _____ Fecha: __/__/__

FIRMA DEL TITULAR o RESPONSABLE DEL PACIENTE _____

Aclaración: _____

DNI N° _____ Fecha: __/__/__

A ser completado por el médico tratante:

Por la presente dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y opciones alternativas al tratamiento con la droga.

Me he ofrecido a contestar cualquier y he aclarado completamente todas las dudas de/la paciente Creo que el/la paciente, su familiar y/o tutor comprende las explicaciones que le he proporcionado y es conciente de los riesgos a los que se expone con este tratamiento.

Declaro no poseer conflictos de interés con laboratorios productores (dueños de patentes) o terceros que comercialicen el medicamento indicado.

Firma del Médico Tratante

Sello Aclaratorio

Fecha __/__/__.

Firma Jefe de Servicio o
Director Médico de Institución

Sello Aclaratorio

Fecha __/__/__.

Firma Auditor de obra social

Sello Aclaratorio

Fecha __/__/__.