

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS ESPECIALES

Quien suscribe, Sr./a. (paciente), que acredita identidad mediante D.N.I. Nº, con domicilio en la calle de la Ciudad de....., en su carácter de afiliado.....(titular / cónyuge / grupo familiar) y en pleno ejercicio de sus facultades, y el/la Dr./Dra.(médico/a), Matrícula Nº....., hemos decidido usar el medicamento (nombre del medicamento) para tratar:

En mi carácter de paciente, se me ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada medicación.

He leído la información proporcionada y entiendo este formulario. He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Se me ha ofrecido una copia de este formulario.

Por ello estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento, tal y como preceptúa la Resolución vigente de la SSSalud, acepto los anteriores puntos por lo que firmo el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la fecha de del año 20.....

Firma del paciente: _____

Aclaración del paciente:

Firma y sello del profesional interviniente: _____

Aclaración del profesional interviniente:

