



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe, Sr.(paciente), quien acredita identidad mediante D.N.I. N°, 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 Dr.(médico), matrícula N°....., hemos decidido la realización de (aclarar práctica):..... para el tratamiento de (aclarar diagnóstico)

En mi carácter de paciente, se me ha informado sobre los riesgos relacionados con el tratamiento de esta practica.
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 las Resoluciones N° 1561/12 y 1048/14 SSSalud respectivamente, acepto los anteriores puntos por lo que firmo el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la fecha de del año 20.....

Firma del paciente:

Aclaración de firma:

Firma del profesional interviniente:

Aclaración de firma:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: ____/____/____

Nombre y apellido _____

N° de afiliado _____

Tipo y n° de documento _____ Edad _____ Sexo _____

Categoría _____
(Titular / Cónyuge / Concubino / Hijo / Hijo Estudiante / Hijo Incapacitado / Padre o Madre)

Diagnóstico _____

Antecedentes de la enfermedad _____

Estado actual (detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades) _____

Detalle (completo) del tratamiento indicado _____

Firma y sello

Firma y sello