

# CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDICACIÓN

Lugar \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

afiliado de \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ consiento el uso del/los siguientes

medicamento/s:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Prescripto/s por el Dr./a: \_\_\_\_\_

M.P. N° \_\_\_\_\_ M.N. N° \_\_\_\_\_

Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del/ de los medicamento/s y las evidencias que avalan su empleo. Los beneficios esperados, los riesgos, molestias y efectos adversos derivados de su acción.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
DNI

\_\_\_\_\_  
N° de matrícula