

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

Aclaración de firma

DNI

Firma del padre/tutor

Aclaración de firma

DNI