

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....

Por la presente dejo constancia que estando acompañado por una persona de mi confianza , se me ha explicado en forma detallada y suficiente , con un lenguaje entendible todo lo concerniente acerca de mi diagnóstico y estado de la enfermedad , las características, finalidades y método de tratamiento propuesto, aconsejable en mi caso, conociendo también por la información que recibo los posibles efectos secundarios.

También se me ha informado sobre los beneficios esperables y/o potenciales tratamientos, no se me han garantizado resultado terapéutico alguno.

Yo entiendo que puedo desistir en cualquier momento y bajo mi exclusiva responsabilidad del tto. recomendado.

He podido plantear las dudas y se me han respondido explícitamente , en lenguaje entendible, las dudas sobre mi enfermedad y sobre el tratamiento sugerido .

En suma y con pleno conocimiento de la situación , declaro aceptar libremente la terapia indicada por el

Dr./a.....
.....médicos especialistas en
....., para mi enfermedad.-

En prueba de esto suscribo este consentimiento del cual recibiré una copia .

En la ciudad de a losdías del mes de del año.....-

Firma del paciente

Firma del médico tratante

Firma del representante

Aclaración

Aclaración

Tipo y Número de documento

Sello y matrícula

Tipo y N° de documento