



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**FC100**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre paciente o código: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Declaro que he sido informado en forma sencilla y completa por el médico, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento y que, en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas y aclarar términos técnicos que he creído oportunas. Se me ha explicado, la naturaleza de mi enfermedad, las características del medicamento y las evidencias que avalan su empleo. Los beneficios esperados. Los riesgos, molestias o efectos adversos derivados de su acción. Se me ofreció tiempo para consultar con familiares o allegados.

En consecuencia, doy mi consentimiento para el tratamiento de mi enfermedad.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Consiento el uso del / los medicamento/s: \_\_\_\_\_

Apellido y matrícula del profesional quien prescribe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE, ACLARACIÓN Y DNI

ó

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE O TUTOR, ACLARACIÓN Y DNI

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL