

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: / /

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Identificación:

Paciente:.....

Documento de Identidad:..... Edad:.....

Nombre y Apellido del Médico/a Tratante:.....

Información sobre tratamiento de enfermedad mediante medicación:

- Como resultado de las pruebas realizadas, se ha obtenido el Diagnóstico de la siguiente enfermedad:

.....
que requiere el tratamiento medicamentoso correspondiente.

- El tratamiento consiste en suministrar la especialidad medicinal indicada por el/la profesional médico/a en forma adecuada a las prescripciones de este.
- El/la profesional médico/a asegura que el tratamiento se encuentra avalado por bibliografía médica especializada y la ANMAT, como ente regulador del Gobierno Nacional.

Riesgos y complicaciones del tratamiento:

- Durante la administración pueden producirse diferentes reacciones como efectos colaterales o secundarios, dependiendo de la tolerancia que posea y el estado de salud previo, que ocasionarían que llegue a ser necesaria la interrupción del medicamento suministrado.
- Tras la administración pueden aparecer complicaciones propias a todo tratamiento. Las personas ancianas suelen sufrir con mayor impacto estos episodios.
- Como toda situación médica, los tratamientos medicamentosos no están exceptuados de complicaciones, llevando a interurrencias imprevistas e impredecibles, las más comunes serían las alergias desconocidas y el infrecuente riesgo de muerte.
- Los riesgos y fenómenos más frecuentes relacionados al tratamiento a instaurar serían:

.....
.....

- Los riesgos de no seguir el tratamiento indicado serían:

.....
.....

DECLARACIÓN:

- He sido informado por el/la profesional médico/a, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE LA MEDICACIÓN
NECESARIA PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.**

.....
Firma y Aclaración del Paciente

O

.....
Firma y Aclaración del Familiar responsable

.....
DNI del Paciente

.....
DNI del Familiar responsable

.....
Firma y Sello del Médico Tratante