



y Consentimiento

Nombre del médico tratante.....

(LEY 23.798 - DEC. 1.244/91)

1. Nombre y apellido:
2. Nacionalidad:
3. Estado civil*:
4. Fecha de Nacimiento: / /
5. D.N.I.:
6. Domicilio: Calle Nº Localidad Provincia

-----Por todo lo expuesto consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica y en el caso de que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva".

FIRMA

¹ Modificar en caso de detección viral directa (PCR, Antígeno p24, etc.)