

SANATORIO MODELO S.A. Documento de Información
25 de Mayo 559 / 61
Tel. (0381) 4301305 / 4302005
(4000) S. M. de Tucumán y Consentimiento

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares / terceros.....

Nombre del médico tratante.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA NOTIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN (Art. 8º 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

-----"Con plena capacidad para ejercer mis derechos, me notifico de estar infectado por el virus HIV, en virtud de tomar conocimiento de los resultados de las pruebas diagnósticas que oportunamente consintiera.

-----Asimismo manifiesto que en este mismo acto he sido ampliamente informado por el Dr./a:, sobre el carácter infectocontagioso y los mecanismos y medios de transmisión de la infección. A su vez y de la misma manera se me informó sobre el derecho que tengo de recibir adecuada asistencia y atención médica.

FIRMA