

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE:

..... (nombre y apellido del paciente, familiar responsable o representante legal autorizado), declaro que el Dra./Dr. , como mi médico/a tratante, me comunica la posibilidad de recibir el medicamento o principio activo:
..... Declaro que se me informó detalladamente sobre el tipo de medicación o principio activo, su mecanismo de acción, así como de los riesgos y beneficios que podría obtener. Es consciente que la medicación no está registrada ni autorizada y que puede tener efectos adversos no descritos anteriormente. Declaro que tuve la oportunidad de realizar todas las preguntas que necesité para tomar libremente la presente decisión.

Estando en pleno conocimiento de la información disponible y sabiendo que puedo renunciar a su administración en el momento en que lo estime adecuado, acepto libremente recibir el tratamiento propuesto teniendo en cuenta que no existen otros tratamientos alternativos disponibles, así como asumo sus riesgos.

Se me entrega una copia de este formulario de Consentimiento Informado.

Datos de contacto del médico tratante:

Firma y aclaración de la/el paciente:

D.N.I. N°:

Firma y aclaración de familiar responsable o representante legal autorizado:

D.N.I. N°:

Firma de la/el profesional:

Sello:

Fecha:

CONFORMIDAD DE AUTORIDAD SANITARIA RESPONSABLE DEL EFECTOR DE SALUD

La/el que suscribe, Dra./Dr. ,
en su carácter de: del
establecimiento asistencial
expreso la conformidad para la utilización en este efector del medicamento o principio activo descrito precedentemente, para el tratamiento terapéutico del paciente
.....

Firma de la autoridad sanitaria responsable:

Sello de la Institución:

Fecha: