



# CONSENTIMIENTO INFORMADO FLASH DE GLUCOSA

Fecha

Apellido y nombre de beneficiario/a: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad (al momento de solicitar la cobertura): \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Mediante el presente me es informado y acepto que:

- El mal manejo o no uso del dispositivo entregado para los objetivos que fue otorgado, habilita al Instituto de Seguridad Social del Neuquén al retiro del lector e insumos.
- El/la médico/a tratante o la Obra Social pueden decidir retirar el tratamiento, fundado sobre la base de la evaluación y respuesta terapéutica, entendido como la combinación de resultados beneficiosos y/o la aparición de eventos adversos, así como también, ante la falta de cumplimiento de los objetivos terapéuticos recomendados. (\*)
- La pérdida o recambio por grave daño, que inutilice el dispositivo otorgado por la Obra Social, habilita al ISSN al descuento de haberes o recupero del importe abonado por el mismo.
- El ISSN podrá utilizar los datos que arroje el reporte de Flash de Glucosa, de forma anónima para fines científicos y estadísticos, en el marco de respeto de Ley de Protección de Datos 25.326.
- Seguiré las indicaciones médicas, farmacológicas y no farmacológicas, en forma responsable y de conformidad al tratamiento de la diabetes por medio del sistema de monitoreo transdérmico flash de glucosa (FS). También acepto brindar a la Obra Social toda la información que ésta requiera para la cobertura de los insumos correspondientes (monitoreo de glucemias y laboratorio).

(\*) En caso de ser menor de 18 años, firma de progenitor/a o tutor/a.

Firma y aclaración  
beneficiario/a

Firma y aclaración  
adulto/a responsable

Firma y aclaración  
medico/a tratante