

OSPIM

Consentimiento Informado bilateral

Yo mayor de edad, identificado con N° de afiliado y como paciente X o como responsable del paciente.....identificado con CI/LC/LE/DNI. N° autorizo al Dr.(a)....., con profesión o especialidad Infectólogo, para la realización del procedimiento y/o tratamiento médico A.R.V., teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

FIRMA DEL PACIENTE:_____

CI/LC/LE/DNI N°:_____

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:_____

NOMBRE DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE:_____

CI/LC/LE/DNI N°:_____

RELACION CON EL PACIENTE:_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD:_____

NOMBRE DEL PROFESIONAL:_____

ESPECIALIDAD:_____

El paciente no puede firmar por:

Período de cobertura: