

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACION

En mi carácter de médico tratante del/la paciente cuyos datos se informan al pie le he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición. Asimismo le informé en forma clara y precisa el tratamiento medicamentoso a realizar con la droga.....

Se explicó los beneficios que pueda razonablemente esperar en comparación con otros tratamientos alternativos. Fue discutida y analizada la probabilidad de riesgos mayores o complicaciones en relación con la medicación mencionada. Le fue informado que puede existir la posibilidad de una complicación inesperada por lo que jamás se le pueden dar garantías totales o hacer promesas en lo que concierne a los resultados de cualquier tratamiento. Se han contestado todas las inquietudes al paciente / representante legal (*tachar lo que no corresponda*), quien expresa ser consciente de todo lo informado, dando conformidad con su firma al pie, para el tratamiento.

**En .....a los.....días del mes de .....de 20.....**

### Datos del paciente

Nombre y apellido.....

DNI.....fecha de nacimiento.....

firma.....

Datos del representante legal (*para el caso de menores de 18 años, o con incapacidad psíquica – o física que impida firmar-*)

Nombre y apellido.....parentesco.....

DNI.....fecha de nacimiento.....

firma.....

### Datos del médico tratante

Nombre y apellido.....Matrícula profesional.....

DNI.....

firma y sello (*donde conste especialidad*).....