



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACION

Fecha:/...../.....

En mi carácter de Profesional tratante, he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición a:

PACIENTE:

DNI: N° BENEFICIARIO:

Fue advertido/a de forma comprensible acerca del tratamiento medicamentoso a realizar con:
(detallar nombres genéricos de/los medicamentos terapéuticos)

.....
.....

para la patología (consignar diagnóstico):

.....

Verbalmente he informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios; las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo.

A su vez, ha sido comunicado/a sobre el derecho a participar activamente en cuanto a la prescripción manifestando sus inquietudes o preguntas, como así también, a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

El profesional, ha respondido a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento.

FIRMA Y ACLARACION DEL PACIENTE, PADRE MADRE O TUTOR ENCARGADO