



O.S.P.E.P

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERIAS  
RNOS 1-1390-8

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICAMENTOS**

Por la presente deajo constancia que estando acompañado/a por una persona de mi confianza, se me ha explicado en forma detallada y suficiente, con un lenguaje entendible, todo lo concerniente acerca de mi diagnostico y estado de la enfermedad, las características, finalidades y método de tratamiento propuesto, aconsejable en mi caso, conociendo también por la información que recibo los posibles efectos secundarios.

También se me ha informado sobre los beneficios esperables y/o potenciales del tratamiento, no se me ha garantizado resultado terapéutico alguno.

Yo entiendo que puedo desistir en cualquier momento y bajo mi exclusiva responsabilidad del tratamiento recomendado.

He podido plantear y se me ha respondido explícitamente, en lenguaje entendible, las dudas que tenia sobre mi enfermedad y sobre el tratamiento sugerido, sin perjuicio de los cuales todos los datos científicos, técnicos y administrativos adicionales que considere necesarios estarán a mi disposición.

En suma y con pleno conocimiento de la situación declaro aceptar libremente la terapia indicada por el Dr./a....., medico/a especialista en ....., para mi enfermedad.

En prueba de ello suscribo el presente consentimiento, del cual recibo una copia, en la Ciudad de..... a los.....días del mes de.....del año.....

Firma Paciente

Firma Medico Tratante

Firma Representante

Aclaración

Aclaración

Tipo y N° documento

Sello y Matricula

Tipo y n° de documento