

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

Entre el /la Sr./Sra.....
DNI.....

..... Domicilio
real.....

.....Historia Clínica..... Representado en este
acto por..... en adelante ``EL
PACIENTE ``por una parte, y por la otra

El
Dr.....
.....

Matricula..... DNI domicilio
real.....

..... y El
Dr.....

.....
Matricula.....DNI.....

Domicilio
real.....
.

En adelante ``EL PROFECIONAL MEDICO O EQUIPO MEDICO``, se conviene la celebración del presente
acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26529, Ley N° 26742 y su decreto
reglamentario N° 1089/2012, sujeto a las siguientes clausulas:

PRIMRA: EL PROFECIONAL luego de la evaluación de EL PACIENTE le informa que este
padece.....
.....

.....
.....

(Explica la naturaleza de la patología y su evolución natural)

SEGUNDO: EL PROFECIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero,
realizar el siguiente procedimiento:

.....
.....

.....
.....

.....

**Firma y aclaración del paciente,
Madre/padre o tutor**

Firma y sello del profesional