**Consentimiento Informado**

Buenos Aires, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Uds. con el objetivo de informar mi conformidad por el plan de tratamiento con la medicación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se me han explicado la naturaleza y objetivos de dicho tratamiento, incluyendo los riesgos y las alternativas disponibles. Asimismo, se me ha advertido sobre los riesgos y las eventuales consecuencias de no realizar el mencionado tratamiento.

Me manifiesto satisfecho con las explicaciones y las he comprendido.

También consiento la realización de todo procedimiento o intervención adicional o alternativa, que a juicio del equipo tratante fueran indispensables de manera inmediata, incluyéndose la asistencia médica que resultare necesaria.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de beneficario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente dejamos constancia de que fueron explicados la naturaleza, propósitos, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, que nos ofrecemos a contestar cualquier pregunta, y que se han respondido de manera detallada, las que fueron realizadas.

A nuestro criterio el paciente ha comprendido la explicación y las respuestas a sus preguntas

Firma y sello de médico tratante Firma y sello de médico auditor