

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA MEDICAMENTOS ESPECIALES**

Quien suscribe, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(paciente), quien acredita identidad mediante D.N.I. N° \_\_\_\_\_ con  
domicilio en la calle \_\_\_\_\_ de la Ciudad de \_\_\_\_\_  
en su carácter de afiliado/a \_\_\_\_\_ (titular / cónyuge / familiar), y en pleno ejercicio  
de sus facultades, y el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
(médico/a tratante), matrícula N° \_\_\_\_\_, hemos decidido usar el  
medicamento (indicar nombre del medicamento) \_\_\_\_\_  
para tratar \_\_\_\_\_

En mi carácter de paciente, se me ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada medicación.

He leído la información proporcionada y entiendo este formulario. He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo. He tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Se me ha ofrecido una copia de este formulario.

Por ello estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento y acepto los anteriores puntos por lo que firmo el presente sin objeción alguna.

En la fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20 \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Aclaración del paciente \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional interviniente \_\_\_\_\_

Aclaración del profesional interviniente \_\_\_\_\_