

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe, Sr/a (paciente), quien acredita identidad mediante D.N.I. N°, con domicilio en la calle, de la Ciudad de en su carácter de afiliado (Titular / Cónyuge / Grupo Familiar), y en pleno ejercicio de sus facultades, y el/la Dr./a (médico/a), matrícula N° hemos decidido usar el material (nombre del material) para la realización de (aclarar cirugía): para el tratamiento de (aclarar diagnóstico)

En mi carácter de paciente, se me ha informado sobre los riesgos relacionados con la utilización de este material. 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, por lo cual acepto los anteriores puntos por lo que firmo el presente consentimiento informado.

En la fecha: de del año 20

Firma del paciente o representante

Aclaración de firma

Firma y sello del profesional interviniente

Aclaración de firma