

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA DIABETES

MEDICUS

PLANILLA DE INGRESO OBLIGATORIA
(Base para cumplimiento del PMO)

CONSULTORES MÉDICOS
PRONADIA

LARREA 864 PB "A" - C1117ABB CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - 4963 7752 / 4964-0620

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido del paciente: _____

Número asociado: _____

Nombre técnico del procedimiento / medicamento que va a recibir el paciente:

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento/ tratamiento. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento/tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Y que los posibles riesgos más importantes son:

Y que será realizado por el Dr.:

2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento/tratamiento descripto arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3. Entiendo que, de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del paciente: _____

DNI Lugar y Fecha: _____

He informado al paciente del propósito/tratamiento y naturaleza del procedimiento descripto arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Nombre y Apellido del profesional (es) actuante: Dr. _____

Firma: _____

Matrícula: _____ **Lugar y Fecha:** _____