

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la paciente _____ con
domicilio en _____ Ciudad _____
Provincia _____ con edad de _____ Y DNI _____, ha
sido INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE La medicación prescrita/intervención o prueba a
la que va a ser sometido y que de forma resumida consiste en

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada y explicada
medicación/intervención o prueba, y que son los siguientes:

En la fecha _____ de _____ del año _____.

Firma y sello del Médico responsable

Firma y aclaración del Paciente