

D.P.y G.R.M.

Documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO

El / la Sr. / Sra.
natural de con domicilio en
Ciudad Provincia
con edad de y DNI , mayor de edad, y abajo firmante, ha sido
INFORMADO DETALLADAMENTE sobre la medicación prescrita :

..... 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:

.....
.....
.....
.....
.....

Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son

.....
.....
.....

por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente CONSENTIMIENTO
INFORMADO

En la fecha de del año 20

Firma y sello del Médico responsable

Firma del / la Paciente
DNI N°