**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

**IDENTIFICACION**

Paciente: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Documento de Identidad: ……………………………………………………………………....... Edad: ……………………..

Nombre del Médico a cargo: …………………………………………………………………………………………………………

Fecha: ........ / …….. / …….. **¿? (fecha que inicia tratamiento con la medicación)**

**INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD MEDIANTE MEDICACIÓN: (detalle de la droga/según plan farmacológico detallado en el resumen de historia clínica)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* Como resultado de las pruebas que realizadas, se ha obtenido el diagnóstico de una enfermedad que requiere el tratamiento medicamentoso correspondiente.
* El tratamiento consiste en suministrar la especialidad medicinal indicada por el profesional en forma adecuada a las prescripciones de éste.
* El profesional asegura que el tratamiento se encuentra avalado por bibliografía médica especializada y la ANMAT, como ente regulador del Gobierno Nacional.

**RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO:**

* Durante la administración pueden producirse diferentes reacciones como efectos colaterales o secundarios, dependiendo de la tolerancia que posea y el estado de salud previo, que ocasionarían que llegue a ser necesaria la interrupción del medicamento suministrado.
* Tras la administración pueden aparecer complicaciones propias a todo tratamiento. Las personas ancianas suelen sufrir con mayor impacto estos episodios.
* Como toda situación médica, los tratamientos medicamentosos no están exceptuados de complicaciones, llevando a intercurrencias imprevistas e impredecibles, las más comunes serian las alergias desconocidas y el infrecuente riesgo de muerte.
* Los riesgos y fenómenos más frecuentes relacionados al tratamiento a instaurar serian:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DECLARO:**

* Que he sido informado por el médico, de las ventajas e inconvenientes del tratamiento y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
* He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA ADMINISTRACION DE LA MEDICACION NECESARIA PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD**

**............................................................ O ............................................................**

**Firma y aclaración del paciente Firma y aclaración de un familiar**

**DNI:………………………………………… DNI:…………………………………………..**

**............................................................**

**Firma y sello del Médico**