

Consentimiento Informado Bilateral

Gerencia de Prestaciones Médicas

Buenos Aires, de de

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido DNI Dejo constancia que el Dr. me ha explicado en términos claros y sencillos mi estado actual de salud, que consiste en Me ha explicado que el procedimiento propuesto para su diagnóstico y tratamiento consiste en:

Objetivos y beneficios esperados

Riesgos, molestias y efectos adversos posibles

Consecuencias previsibles de la No Realización del Procedimiento propuesto o alternativos especificados

De acuerdo a lo explicado doy mi consentimiento para que se me realice:

Por la presente doy fe de no haber omitido o alterado datos sobre mis antecedentes referentes a mi estado previo de salud, tratamientos o procedimientos realizados por otros profesionales de la salud. Manifiesto ser alérgico a:

Confirmando que una vez informado de todos los detalles de mi estado de salud, procedimiento médico propuesto, leído y comprendido lo anterior, habiéndose respondido todas las preguntas que he efectuado y habiéndose rellenado los espacios en blanco antes de mi firma consiento cada uno de los puntos mencionados.

Dejo constancia que se me ha informado sobre mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento anterior a la realización efectiva del procedimiento propuesto.

Firma y Aclaración
del Paciente

DNI

Firma y Sello del
Médico

Consentimiento Informado Bilateral

Gerencia de Prestaciones Médicas

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido DNI

Si el paciente es menor / incapaz completar

Atento a que el paciente es menor o temporalmente incapaz para tomar esta decisión por si mismo consiento el procedimiento médico propuesto en mi carácter de

Firma y Aclaración
del Paciente

.....

.....

DNI

Firma y Sello del
Médico

Parentesco

Revocación de consentimiento

..... REVOCO el consentimiento de fecha
 y declaro, por lo tanto que, tras la información recibida, NO consiento el
someterme al procedimiento propuesto.

Buenos Aires, de de

Firma del
Paciente

Firma del
Representante
Legal

Firma y Sello del
Médico