

Datos del paciente

Apellido y Nombre:	D.N.I.
paciente/familiar/responsable del/la paciente	D.N.I.
dejo constancia que el/la médico/a	
me ha informado que debo realizar tratamiento de	

El/la Doctor/a me ha explicado, y yo he comprendido, el diagnóstico, la naturaleza y el propósito del tratamiento, los riesgos y consecuencias del mismo, la posibilidad de éxito en dicha terapéutica y me ha anticipado las probables consecuencias en caso de no recibir este tratamiento, o no realizarlo en la forma indicada. En este punto, la NO realización del tratamiento en la forma indicada por el médico, sería pasible de la discontinuidad de autorización del tratamiento por IOSPER y el retiro del equipamiento por la empresa prestadora.

Así mismo me ha explicado los efectos colaterales más comunes del tratamiento, pero entiendo que otros efectos colaterales también pueden ocurrir, y que debería rápidamente notificar a mi médico de cualquier cambio inesperado en mi estado físico o mental. A menos que se produzcan serias complicaciones por el tratamiento, entiendo que la discontinuación del mismo sin consulta con mi médico, pueda ocasionar que mi enfermedad no mejore o se agrave.

También se me ha informado que tendré la obligación de presentar periódicamente o cuando Auditoría Médica lo considere pertinente, toda la información médica necesaria para justificar la continuidad de la prestación. Si no cumpliera con este requisito se suspenderá el servicio y se me retirarán los equipos que estén en mi domicilio, comprometiéndome, en caso de cambio de domicilio a comunicar el mismo al prestador del Servicio y al IOSPER.

Por el presente, afirmo que se me han respondido todas las preguntas. Dada esta información recibida, autorizo a mi médico/a y los que sean designados por él, que administren el tratamiento prescripto. Yo tomo esta decisión aceptando la terapéutica recomendada para mi enfermedad, libre y voluntariamente.

Domicilio del servicio
Teléfono de contacto

Firma y aclaración del paciente
(en caso de ser menor firma de madre, padre o tutor)

En caso de ser menor firma de madre, padre o tutor
(aclaración y D.N.I.)

Firma y sello del médico tratante