

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



## ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente dejo constancia que acepto iniciar el tratamiento prescripto por mi médico tratante, Dr./a. .... que incluye la siguiente medicación .....

Entiendo que este medicamento se prescribe de acuerdo a las evidencias científicas que existen sobre su utilización en enfermedades, patologías o síntomas padecidos. Así mismo entiendo que a pesar de los beneficios que pueda traer para mí este medicamento, pudiera generar mayores riesgos para mis condiciones de salud, por las reacciones que el cuerpo humano puede tener en relación al uso referido. He recibido adecuada explicación sobre la administración de los fármacos prescritos, aclarando todas las dudas al respecto.

De manera anticipada a mi decisión voluntaria de aceptación y suministro del medicamento referido, se me han informado de manera clara y completa las reacciones adversas, complicaciones y efectos colaterales que pueden presentarse como riesgo previsto científicamente derivado del consumo del medicamento, relacionados con las dosis, vía de absorción, presentación, tiempo del tratamiento, recomendaciones generales y específicas sobre el uso del medicamento.

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

.....

ACLARACION

.....

ACLARACION