

Consentimiento Informado Bilateral

Gerencia de Prestaciones Médicas

Lugar

Fecha

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
Psiquiatra