

Consentimiento Informado (paciente)

Buenos Aires, _____

Sres.

Obra Social: _____

Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Uds. con el objetivo de informar mi conformidad respecto a la prestación de técnicas de reproducción Medicamente Asistida:

Se me han explicado la naturaleza y objetivos de dicho tratamiento, incluyendo los riesgos y las alternativas disponibles. Asimismo, se me ha advertido sobre los riesgos y las eventuales consecuencias de no realizar el mencionado tratamiento.

Me manifiesto satisfecho con las explicaciones y las he comprendido.

También consiento la realización de todo procedimiento o intervención adicional o alternativa, que a juicio del equipo tratante fueran indispensables de manera inmediata, incluyéndose la asistencia médica que resultare necesaria.

Firma _____

Aclaración: _____

Nº de documento: _____

Por la presente dejamos constancia de que fueron explicados la naturaleza, propósitos, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, que nos ofrecemos a contestar cualquier pregunta, y que se han respondido de manera detallada, las que fueron realizadas.

A nuestro criterio el paciente ha comprendido la explicación y las respuestas a sus preguntas

Firma y sello del Médico tratante