hm hospitales

Consentimiento informado del paciente ante testigo

D. é .

DECLARO QUE:

El Dr. é ....., como Médico Especialista en é é é é é é é é é é é é é é é é é é é , en presencia del testigo Don/Doña é ..é é , con DNI é é é é é é é , me comunica la posibilidad de recibir la medicación coné é é é é é é é é é é é é é

Se me informa del tipo de medicación que es, de su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener y de la alternativa de otros tipos de tratamiento.

Soy consciente de que esta medicación aún no está autorizada y de que puede tener algún efecto adverso no descrito anteriormente. Asumo su posible presentación a cambio de un posible beneficio para el tratamiento de mi enfermedad.

El recibir la medicación es voluntario y puedo renunciar a su administración en el momento que yo estime más adecuado.

En é é é é é é é é é é é é é é é ..é é .., a é é é é é de é é é é é é de 20é é ..

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL FAMILIAR O PERSONA AUTORIZADA

D.N.I.

D.N.I.
N. y Apellidos:

FIRMA DEL TESTIGO

D.N.I
N. y Apellidos: