



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

El/la paciente Sr/Sra
 con DNI, edad y sexo
 con domicilio en
 Ciudad..... Provincia

y abajo firmante, ha sido **INFORMADO DETALLADAMENTE SOBRE**

.....
 La medicación prescrita/intervención o prueba a la que va a ser sometido
 y que de forma resumida consiste en

.....
 Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la
 mencionada y explicada medicación/intervención o prueba, y que son los
 siguientes:.....

.....
 Asimismo se le ha informado de los riesgos probables que son

.....
 Todo ello tal y como preceptúa la Ley 26529, Derechos del Paciente, por lo cual, entiende
 y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente **CONSENTIMIENTO
 INFORMADO**

En, con fecha de del año 20.....

FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE _____ **FIRMA DEL PACIENTE** _____

SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____ **ACLARACIÓN** _____