



## **MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL**

.....  
(Iniciales Ej.)

.....  
Fecha de Nac.

Doy conformidad para la realización de. Tratamiento indicado por mi médico tratante el Dr.

\_\_\_\_\_  
Con la cobertura de mi Obra Social: O.S.A

Medicacion \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente (1)

(ACLARACION CON CODIGO VIH)

\_\_\_\_\_  
Firma del Med. Auditor

(1) En caso de ser menor de 21 años o encontrarse incapacitado para firmar, deberá hacerlo un familiar a cargo.