



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE (O PERSONA RESPONSABLE) ANTE TESTIGO.

D.(D^a) como paciente o persona responsable del paciente D.(D^a).....

DECLARO QUE:

D.(D^a)..... como médico especialista en en presencia del testigo D.(D^a) con D.N.I. n° me comunica la posibilidad de recibir tratamiento con

Se me informa del tipo de medicación que es, de su mecanismo de acción y de los riesgos y beneficios que puedo obtener y, en particular, del riesgo, aunque remoto, de transmisión de una enfermedad viral.

Soy consciente que el recibir la medicación es voluntario y puedo renunciar a su administración en el momento que estime adecuado.

En, a de de

**EL PACIENTE
 (O PERSONA RESPONSABLE)**

EL TESTIGO