



## OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA Y VENTILACIÓN NO INVASIVA DOMICILIARIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, yo, \_\_\_\_\_ DNI Nro. \_\_\_\_\_ paciente / familiar / responsable del/la paciente \_\_\_\_\_ DNI Nro. \_\_\_\_\_ dejo constancia que el/la médico/a el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ me ha informado que debo realizar tratamiento de \_\_\_\_\_

El/la Doctor/a me ha explicado, y yo he comprendido, el diagnóstico, la naturaleza y propósito del tratamiento, los riesgos y consecuencias del mismo, la posibilidad de éxito en dicha terapéutica y me ha anticipado las probables consecuencias en caso de no recibir este tratamiento, o no realizarlo en la forma indicada.

Así mismo me ha explicado los efectos colaterales más comunes en el tratamiento, pero entiendo que otros efectos colaterales también pueden ocurrir, y que debería rápidamente notificar a mi médico de cualquier cambio inesperado en mi estado físico o mental. A menos que se produzcan serias complicaciones por el tratamiento, entiendo que la discontinuación de la medicación prescrita sin consulta con mi médico, puede ser que mi enfermedad no mejore o que se agrave.

También se me ha informado que tendré la obligación de presentar a los 3 (tres) meses, en caso de iniciar el tratamiento y cada 6 (seis) meses (según corresponda), la renovación y/o suspensión del tratamiento.

Si no cumpliera con este requisito se me retirarán los equipos que estén en mi domicilio, comprometiéndome, en caso de cambio de domicilio a comunicar el mismo al prestador del Servicio y al IAPOS.

Por el presente, afirmo que se me han respondido todas las preguntas. Dada esta información recibida, autorizo a mi médico/a y los que sean designados por él, que administren la medicación prescrita.

Yo tomo esta decisión, aceptando la medicación recomendada para mi enfermedad, libre y voluntariamente.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

En caso de ser menor, firma del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_ DNI Nro.: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Sello y Matrícula: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firma de un Testigo: \_\_\_\_\_