

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, _____, declaro haber recibido y leído el folleto
(nombre del paciente)

titulado «*Profilaxis posexposición - Directrices para el paciente*», y que el

Dr. _____ me ha explicado los potenciales beneficios,
(nombre del médico que lo atiende)

las limitaciones, los posibles efectos colaterales y las contraindicaciones de los medicamentos que se me han

ofrecido. Asimismo, declaro que el Dr. _____ me ha
(nombre del médico que lo atiende)

explicado las modalidades del tratamiento.

Habiendo entendido todo lo arriba mencionado, acepto tomar:
(Marque al lado de cada tratamiento que acepte tomar)

- La llamada «**píldora del día siguiente**».

- La llamada «**profilaxis posexposición**».

Firma del paciente

Lugar, fecha y hora

Firma y nombre de la persona que da el consentimiento
en nombre del paciente, si éste es menor de 18 años o si
está incapacitado para otorgar el consentimiento.

Lugar, fecha y hora

Testigo (firma y nombre)

Lugar, fecha y hora