

2M

Solicitud de Medicamentos de Alto Costo

Prestaciones Médicas y Auditoría de Medicamentos O.S.P.A.V.



ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICOS SEGÚN PATOLOGÍA:

- Ecografía.
- Anatomía patológica.
- Resonancia magnética nuclear.
- T.A.C.
- Otra.

LUGAR DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO (marcar con una cruz e indicar nombre y dirección de Institución):

Hospital de día. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DE INSTITUCIÓN**

Internación. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DE INSTITUCIÓN**

Ambulatorio. **NOMBRE Y DIRECCIÓN DE INSTITUCIÓN**

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Número de contacto: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello del Médico

Especialidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la paciente _____

Con domicilio en _____

Con edad _____ años y DNI _____ y abajo firmante ha sido

informado detalladamente sobre la medicación prescrita:

Desde el día _____ de _____ del _____

Se le ha informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes a la mencionada y explicada medicación, así como los riesgos probables. Todo ello tal como preceptúa la actual Ley 26529, de Autonomía del paciente, por lo cual, entiende y acepta los anteriores puntos por lo que firma el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En la fecha _____ de _____ del año 20 _____

Firma y Sello
MÉDICO RESPONSABLE

Firma
EL/LA PACIENTE