



OXIGENOTERAPIA CRONICA Y VENTILACION NO INVASIVA DOMICILIARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente yo..... DNI
paciente/familiar/responsable del/la paciente.....
DNI..... de jo constancia que el/la médico/a..... 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. **En este punto, la NO realización del tratamiento en la forma indicada por el médico, sería pasible de la discontinuidad de autorización del tratamiento por IAPOS y el retiro del equipamiento por la empresa prestadora.**

Así mismo me ha explicado los efectos colaterales más comunes del 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 del mismo sin consulta con mi médico, puede ocasionar que mi enfermedad no mejore o que se agrave.

También se me ha informado que tendré la obligación de presentar periodicamente o cuando Auditoria Medica lo considere pertinente, toda la información médica necesaria para justificar la continuidad de la prestación. Si no cumpliera con este requisito se suspenderá el servicio y 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 el tratamiento prescrito. Yo tomo esta decisión, aceptando la terapéutica recomendada para mi enfermedad, libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PACIENTE.....ACLARACION.....DOMICILIO DEL SERVICIO.....

EN CASO DE MENOR, FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR.....

ACLARACION..... DNI.....TEL CONTACTO.....

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE.....

LUGAR Y FECHA.....FIRMA DE TESTIGO.....