

I.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. El Sr/a: Manifiesta que padece la siguiente patología:..... Y ha sido informado/a por el Dr. Omar Ayrad (MN: 72.945) sobre los beneficios y efectos del tratamiento fitoterapéutico. Asimismo, el paciente entiende que la realización de dicho tratamiento, NO es óbice para dejar la medicación convencional y seguir el tratamiento complementariamente con él o los tratamientos médicos indicados hasta ahora.

2. El profesional mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del tratamiento, me ha descrito en qué consiste su realización y las posibilidades alternativas.

3. He tenido oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente a mi entender y comprensión.

4. En función de lo expuesto, y previa valoración de la información recibida, por escrito y verbalmente, manifiesto que consiento y solicito realizar el tratamientopara.....

5. Por la presente manifestación, eximo al Dr. a la Institución, sus directivos, personal médico, auxiliar y demás empleados, de toda responsabilidad, por las consecuencias que acarrea mi enfermedad, como así también los efectos causados por las drogas convencionales que me han estado suministrando, dado que el tratamiento fitoterapéutico es totalmente natural e inocuo.

6. Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente enunciado y ratifico el consentimiento otorgado.

*Nombre:

*Apellido:

*Documento, Tipo y Número:

*Domicilio:

*Ciudad:

*Provincia:

*Código Postal:

*País:

*Teléfono:

*E-mail:

Firma del paciente, o responsable.....

Documento, Tipo y Número.....

Nombre y Apellido del testigo.....

Firma y Aclaración del testigo.....

Firma y Matrícula del Médico.....

Buenos Aires.....de.....de 20.....