

**CONSENTIMIENTO INFORMADO. HIV - SIDA**

Santa Fe, de de 20

**Señores de la Obra Social de Trabajadores Socios de la Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales - Jerárquicos Salud S/D**

De mi consideración:

(Codificación internacional<sup>1</sup>).....beneficiario/a de la **O.S.T.S.A.M.P.J.B.O.N. - J.S. N°** ..... / ..... me dirijo a ustedes a los efectos de manifestar mi total y absoluta conformidad del tratamiento medicamentoso con: (detallar monodroga/s y diagnóstico), .....  
.....  
.....

prescripto/s por mi médico/a tratante (Nombre/s y Apellido/s),..... sin que exista ninguna otra circunstancia para ello que la de mejorar mi calidad de vida.

Además expreso mi satisfacción con la información recibida por mi médico/a tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas. He comprendido sobre las condiciones y objetivos de los fármacos formulados, así como los riesgos y cuidados que debo tener según la prescripción de mi médico tratante y mi estado de salud. Comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de la posible previsión que conlleva la toma del medicamento indicado.

**NOTA:** <sup>1</sup>En el caso de patologías protegidas por Normas de Confidencialidad, colocar Codificación internacional.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE