



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Don / Doña _____

DECLARO QUE:

Don / Doña _____

como Médico Especialista en _____

me comunica la posibilidad de recibir la medicación _____

Se me informa del tipo de medicación que es, de su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener y de la alternativa de otros tipos de tratamiento.

Soy consciente de que esta medicación aún no está autorizada y de que puede tener algún efecto adverso no descrito anteriormente. Asumo su posible presentación a cambio de un posible beneficio para el tratamiento de mi enfermedad.

El facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

El recibir la medicación es voluntario y puedo renunciar a su administración en el momento que yo estime adecuado.

Sevilla, jueves, 12 de mayo de 2022

Fdo. El paciente