

**FORMULARIO**Descargado de [www.luzyfuerzabasalud.com.ar](http://www.luzyfuerzabasalud.com.ar)**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Localidad: \_\_\_\_\_ a los: \_\_\_\_\_ días del mes de: \_\_\_\_\_ del: 20 \_\_\_\_\_

Por medio de la presente presto conformidad al plan de tratamiento por el período indicado habiendo sido informado de las alternativas, alcances, resultados esperados y eventuales complicaciones. Asimismo acepto la gestión a realizar por la Obra Social ante la Superintendencia de Servicios de Salud según Res. 465/21 SUR y sus modificatorias o las que en lo sucesivo la suplanten comprometiéndome a cumplimentar con los requisitos necesarios para este trámite. Dejo constancia que he sido informado de la Ley 26529 Capítulo III específicamente de los Art. 5,6,7,8,9,10,11 y 11 bis

Apellido y Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Período de la provisión de insumos: \_\_\_\_\_

Provisión: (En caso de medicamentos indicar monodrogas y potencia) \_\_\_\_\_

Prestación a realizar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(\*)**FIRMA DEL PACIENTE**

ACLARACIÓN:

Documento N°:

VÍNCULO:

(\*) EN EL CASO QUE EL PACIENTE NO SE ENCUENTRE EN CONDICIONES DE FIRMAR DEBE HACERLO SU REPRESENTANTE LEGAL INDICANDO EL VÍNCULO CON EL MISMO

**FIRMA DEL MÉDICO**

ACLARACIÓN:

M.P. N°

M.E. N°

SELLO:

**Nota:** Se deberá completar un consentimiento por cada prestación solicitada. En el caso de tratamientos farmacológicos que requieran más de una droga deberá completarse un formulario por cada solicitud. Si el medicamento es una combinación de varios principios activos solamente debe completarse un formulario.