

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO MÉDICO

D/Dña. _____, con nº de
pasaporte _____, vecino/a de _____,
y número de teléfono _____

MANIFIESTO

- I. Que he sido debidamente informado/a
por _____ del procedimiento y/o
administración del fármaco _____ e
igualmente de los beneficios que de su administración se esperan o de los riesgos
que comporta, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales
de los que se disponen en este momento.
- II. Que comprendo toda la información que me ha sido proporcionada y que mis
dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO

Al enfermero/a/sanitario/a _____ que me
administre _____ o se me
realice el procedimiento _____

- Por incapacidad o por ser menor de edad.

Nombre de la persona que autoriza (tutor legal/familiar/responsable) _____
con número de pasaporte _____ en calidad
de _____

Una vez comprendida la información que se me ha facilitado

En _____ a _____ de _____ de 2022.

Firma sanitario/a

Firma refugiado/a