

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

Entre el Sr. / Sra., DNI, con domicilio real en, Historia Clínica N°, por sí /representada por, en adelante “EL/LA PACIENTE”, por una parte; y el Dr./Dra., DNI, Matrícula, con domicilio real en, en adelante “EL/LA PROFESIONAL”, por el otro, convienen en celebrar el presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, conforme los términos establecidos en la Resolución de la Súper Intendencia de Seguros de Salud N° 561/2014, sujeto a las siguientes cláusulas:

PRIMERO: EL/LA PROFESIONAL acredita que los datos declarados en el proceso de registración del pacientes son cierto y reales.

SEGUNDO: EL/LA PROFESIONAL luego de la evaluación del paciente informa que éste padece:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar la naturaleza de la patología y su evolución)

TERCERO: EL/LA PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero realizar el siguiente tratamiento:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar en qué consiste el procedimiento propuesta y cómo se llevará a cabo, detallando: cantidad de plantas, dosis, concentración de THC, tipo y frecuencia de analítica requerida, etc.)

Los beneficios razonables del tratamiento propuesta consisten en:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar los beneficios que el tratamiento deberían traer, conforme la patología detallada)

Las consecuencias de la denegación por parte del paciente son:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar qué consecuencias tendrá el paciente en caso de negarse a recibir el tratamiento propuesto)

Los riesgos del tratamiento son:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar los todos los riesgos, complicaciones y efectos adversos que pueda tener el paciente al recibir el tratamiento)

TERCERO: EL/LA PACIENTE declara haber tomado conocimiento y entendido todo lo consignado por el EL/LA PROFESIONAL, médico tratante. Asimismo, declara haber tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que necesitó para tomar libremente la presente decisión.

CUARTO: EL/LA PROFESIONAL informó y EL/LA PACIENTE aceptó y comprendió que el aceite de cannabis y sus derivados, para uso medicinal, resultantes de la práctica del cultivo no constituye un medicamento, sustancia y/o producto autorizado y aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), única autoridad regulatoria nacional con competencia para habilitar el registro.

QUINTO: EL/LA PROFESIONAL, en virtud de lo descrito en la cláusula anterior, es el/la única responsable del tratamiento propuesto, desde la primera fase de su prescripción, hasta su seguimiento y culminación, conforme él mismo determine.

SEXTO: EL/LA PACIENTE y EL/LA PROFESIONAL se compromete a cumplir con los requerimientos establecidos por la autoridad de Aplicación de la Ley 27.350 y su Decreto Reglamentario 883/2020, como así también todas la normativa relacionada.

SÉPTIMA: EL/LA PACIENTE acepta recibir en cualquier momento, sin necesidad de previo aviso, inspecciones por parte de la autoridad estatal pertinente, a fin de constatar el cumplimiento del tratamiento prescrito por EL/LA PROFESIONAL.

Se firman 2 (dos) ejemplares del presente de un mismo tenor en a los días del mes de del año

Firma y Aclaración de EL/LA PROFESIONAL

Firma y Aclaración EL/LA PACIENTE



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2020-80621132- -APN-DD#MS

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.