

Consentimiento informado

(Administración de inyectables en establecimientos farmacéuticos privados)

Fecha _____

1. El suscrito _____

Cédula de identidad #: _____ Edad _____ años

Número(s) telefónico(s) _____

En mi calidad de: () Paciente () Representante legal de un paciente

Dejo constancia de que:

1. He solicitado al Dr. _____, código profesional _____, regente farmacéutico de la Farmacia _____, la administración del medicamento inyectable _____, vía _____ que le fue prescrito por el Dr. _____, código profesional _____, según consta en receta médica cuyo original se mantiene en el establecimiento farmacéutico.

2. El medicamento será administrado al paciente _____ de _____ años de edad

(Si es menor de edad, debe llenarse este espacio obligatoriamente, de lo contrario se puede dejar en blanco)

3. He sido debidamente informado de los riesgos o efectos secundarios que entraña el medicamento, su administración y técnica a utilizar del medicamento inyectable.

4. He sido informado de que, según la legislación sanitaria vigente, este medicamento debe aplicarse solamente bajo receta médica.

5. Se me ha consultado por parte del regente farmacéutico si mi persona (o el paciente que represento) ha presentado alergia a algún (os) medicamento (s), alimento (s) u otras sustancias, a lo cual he indicado:

6. Se me ha consultado por parte del regente farmacéutico si mi persona (o el paciente que represento) se encuentra tomando algún medicamento (s), a lo cual he indicado:

7. El regente farmacéutico que me aplica el medicamento me ha preguntado sobre mis enfermedades o padecimientos y/o situaciones especiales (o los del paciente que represento), y yo le he brindado la información requerida:

8. Considero que es mayor el beneficio esperado de la administración del medicamento por lo que acepto afrontar los riesgos mencionados.

9. Autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso de la administración del medicamento, a que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi salud (o la del paciente que represento).

10. He brindado información verídica y asimismo estoy satisfecho con la información recibida.

Firma y cédula del paciente o su representante legal

Firma, cédula y código profesional del regente farmacéutico

Nombre de la Farmacia

Sello de la Farmacia

Original de la Farmacia

Copia debe ser entregada al paciente