



## Consentimiento Informado de Medicación

(Nombre del paciente o del representante legal en caso de que se trate de un menor de edad, o de persona incapaz de consentir)

..... en forma voluntaria consiento que el (la) Doctor (a) ..... como médico tratante me (le) formule a

.....(En el caso de paciente representado, en este campo se registrará su nombre, identificación y parentesco), el medicamento (en denominación genérica) ....., por indicación médica. Fecha de inicio de tratamiento.....y tiempo de tratamiento previsto.....

Entiendo que este medicamento se prescribe de acuerdo a las evidencias científicas que existen sobre su utilización en enfermedades, patológicas o síntomas padecidos. Así mismo entiendo que a pesar de los beneficios que pueda traer para mí (o para mi representado) este medicamento, pudiera generar mayores riesgos para mis (sus) condiciones de salud, por las reacciones que el cuerpo humano puede tener en relación al uso referido.

He recibido adecuada explicación sobre la administración de los fármacos prescritos, aclarando todas las dudas al respecto.

De manera anticipada a mi decisión voluntaria de aceptación y suministro del medicamento referido, se me han informado de manera clara y completa las reacciones adversas, complicaciones y efectos colaterales que pueden presentarse como riesgo previsto científicamente derivado del consumo del medicamento, relacionados con las dosis, vía absorción, presentación, tiempo del tratamiento, recomendaciones generales y específicas sobre el uso del medicamento (almacenamiento, relación con alimentos y condiciones laborales, etc.).

Se me ha explicado ampliamente que en los actos médicos no existe la garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo conocimiento y pericia para obtener el mejor resultado en la salud del paciente.

Entiendo que a pesar de que toda intervención farmacológica busca ayudar a las personas, todos los medicamentos tienen efectos secundarios, por causas independientes del actuar del médico tratante, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serían que podrían requerir tratamientos complementarios, por exageración del efecto farmacológico buscado, reacciones citotóxicas inesperadas, reacciones alérgicas a los medicamentos o sus metabolitos, por defectos enzimáticos que afecten el metabolismo de los medicamentos o reacciones idiosincráticas, siendo las complicaciones más frecuentes: Compromiso general como tos, cefalea, mareo, fiebre; Compromiso cutáneo como resequedad, urticaria, rash, prurito, úlceras, alteraciones de la pigmentación; Compromiso gastrointestinal como alteraciones del sabor, sequedad en la boca, ardor epigástrico, vómito y diarrea; Compromiso cardiovascular como alteraciones de la presión arterial, palpitaciones; Otras como disfunción sexual.- Existen otras complicaciones de menor frecuencia y mayor severidad como: Reacciones alérgicas que pueden llevar a la anafilaxia y muerte, lupus eritematoso, alteraciones metabólicas, alteraciones endocrinas, síndrome de Steven-Johnson, dermatitis exfoliativa, púrpura, urticaria severa, anemia, arritmias, extrapiramidalismo, neuropatías, convulsiones, alteraciones en órganos de los sentidos, osteoporosis, estados delirantes, depresión, alucinaciones, entre otros.

En mi (este) caso particular, el (la) doctor (a) ..... como médico tratante me ha explicado amplia y claramente los riesgos adicionales por el tipo de medicamento y los efectos sinérgicos o por interacción con otros medicamentos que me (se) encuentro (a) recibiendo.....como:.....

.....  
.....  
.....

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de los fármacos formulados por mi médico tratante, así como los riesgos y cuidados que debe tener e acuerdo con su prescripción y mi estado de salud. Comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva la toma del medicamento ordenado. En tales condiciones considero que se me realice fórmula médica del medicamento.....

Nombre del paciente (o acudiente): .....

Firma del paciente (o acudiente): .....

Documento de Identidad: Tipo..... N°.....

Ciudad y fecha:.....

Nombre del Profesional.....

MN.....MP.....

Especialidad.....

Firma y Sello del Profesional

