

OXIGENOTERAPIA CRONICA Y VENTILACION NO INVASIVA DOMICILIARIA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente yo ..... DNI .....  
paciente/familiar/responsable del/la paciente.....

DNI ..... dejo constancia que el/la médico/a .....  
me ha informado que debo realizar tratamiento de .....

El/la Doctor/a me ha explicado, y yo he comprendido, el diagnóstico, la naturaleza y el propósito del tratamiento, los riesgos y consecuencias del mismo, la posibilidad de éxito en dicha terapéutica y me ha anticipado las probables consecuencias en caso de no recibir este tratamiento, o no realizarlo en la forma indicada. **En este punto, la NO realización del tratamiento en la forma indicada por el médico, sería pasible de la discontinuidad de autorización del tratamiento por IOSPER y el retiro del equipamiento por la empresa prestadora.**

Así mismo me ha explicado los efectos colaterales más comunes del tratamiento, pero entiendo que otros efectos colaterales también pueden ocurrir, y que debería rápidamente notificar a mi médico de cualquier cambio inesperado en mi estado físico o mental. A menos que se produzcan serias complicaciones por el tratamiento, entiendo que la discontinuación del mismo sin consulta con mi médico, pueda ocasionar que mi enfermedad no mejore o se agrave.

**También se me ha informado que tendré la obligación de presentar periódicamente o cuando Auditoría Médica lo considere pertinente, toda la información médica necesaria para justificar la continuidad de la prestación. Si no cumpliera con este requisito se suspenderá el servicio y se me retirarán los equipos que estén en mi domicilio, comprometiéndome, en caso de cambio de domicilio a comunicar el mismo al prestador del Servicio y al IOSPER.**

Por el presente, afirmo que se me han respondido todas las preguntas. Dada esta información recibida, autorizo a mi médico/a y los que sean designados por él, que administren el tratamiento prescripto. Yo tomo esta decisión aceptando la terapéutica recomendada para mi enfermedad, libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PACIENTE ..... ACLARACION .....  
DOMICILIO DEL SERVICIO..... EN CASO DE MENOR, FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR  
..... ACLARACION .....  
DNI ..... TEL CONTACTO ..... FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE  
..... LUGAR Y FECHA .....  
FIRMA DE TESTIGO .....