



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud

Hospital

Servicio de Medicina Interna

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso

CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre el TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DOMICILIARIO ENDOVENOSO, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso.

Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del paciente

CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha

Firma del paciente
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
(responsable de la información)
N.º Colegiado.....

DENEGACIÓN Lugar y Fecha

Firma del paciente
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
(responsable de la información)
N.º Colegiado.....

REVOCACIÓN Lugar y Fecha

Firma del paciente
(familiar o representante legal en caso de incapacidad)
DNI.....

Firma del médico
(responsable de la información)
N.º Colegiado.....

Fecha de Validación