



PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Seccional/Delegación

Fecha/...../.....

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellido y Nombre: Edad:

Nro. de Beneficiario: * C.U.I.L. Nro:

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

Para ser completado en caso de beneficiarios menores de 14 años de edad o menores de 21 años, cuando se trate de un método invasivo.

Apellido y Nombre:

DNI/LC Nro:

Edad:

Parentesco con el/la menor:

DECLARACIÓN:

En mi caracter de beneficiario del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Obra Social del Personal de la Industria Lechera, manifiesto haber recibido información completa acerca de métodos anticonceptivos naturales y no naturales, reversibles y no abortivos aprobados por el ANMAT y haber comprendido las características de cada uno de ellos, sus ventajas y desventajas, efectos adversos y colaterales, así como sus contraindicaciones y los riesgos que ello implica para mi salud. Declaro conocer los riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual y se me ha informado que el mejor medio no natural de prevención para las mismas es el uso del preservativo.

Por lo arriba expuesto haciendo uso de mi derecho de autonomía, manifiesto optar libremente por: _____
(indicar el método elegido)

Firma del beneficiario: _____ Firma del tutor: _____

Aclaración: _____ Aclaración: _____

PARA SER LLENADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Por la presente certifico que he explicado a el/la paciente la naturaleza, propósito, beneficio, riesgos y alternativas de los métodos propuestos; me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas que se me han formulado. El paciente, padres/tutores encargados manifiestan haber comprendido completamente lo que he explicado y contestado.

Firma Médico tratante: _____

Aclaración: _____

Matrícula Profesional: _____