**Formulario de Consentimiento Informado para el Paciente**

Quien suscribe ............................................................................................... y su representante legal (en caso que corresponda)………………………………………..………………………………………………………………………………….

declaro que he sido informada con todo detalle por mi médico tratante el Dr/a..........................................................................................................................................................................

respecto a que el producto………………………………………………………………………………………………….. no tiene autorización de venta en nuestro país y cuáles son los beneficios y riesgos de su uso.

Autorizo informar al Ministerio de Salud Pública los datos necesarios para cumplir con el seguimiento del referido producto médico de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 9º de la **Ley Nº 18.331 del 18 agosto de 2008 - Nº 27549: PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y ACCIÓN DE "HABEAS DATA”,** así como las reacciones adversas que pueda presentar.

**Con el asesoramiento de mi médico tratante y ante su presencia, firmo el presente consentimiento.**

 

****



 





 



****

****













****



 