

CONSENTIMIENTO INFORMADO / PLAN SER

Para ser completado en caso de beneficiarios que sean menores de edad y opten por métodos distintos del método de barrera

Lugar y fecha

DATOS DEL BENEFICIARIO

	Edad	
Apellido y nombre		DNI / LC

DATOS DEL TUTOR

	Edad	
Apellido y nombre		DNI / LC

Parentesco con el menor /

En mi carácter de beneficiario del Plan de Salud Sexual y Reproductiva de IOMA, 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 también sus contraindicaciones y los riesgos que ello implica.

Así también declaro conocer los riesgos de contraer una enfermedad de transmisión sexual y se me ha informado que el único medio no natural de prevención para las mismas es el uso del preservativo.

Por todo lo arriba expuesto, haciendo uso de mi derecho de autonomía, manifiesto optar libremente por _____

Firma del beneficiario / _____ Aclaración / _____

Firma del tutor / _____ Aclaración / _____

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgo y alternativas de los métodos propuestos; me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente lo que he explicado y contestado.

Firma / _____ Aclaración / _____

Matrícula del Médico / _____

Firma y Sello del Profesional Responsable