**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE PRP**

El médico especialista, Dra/Dras.........................................me ha explicado en forma satisfactoria en qué consiste, cómo se realiza, y para qué sirve el tratamiento con PLASMA RICO EN PLAQUETAS DE ORIGEN AUTOLOGO, mediante la aplicación local en forma de micro inyecciones.

También me ha hecho saber los posibles riesgos, molestias, complicaciones y que el tratamiento resulta el más adecuado para mi situación clínica.

He comprendido perfectamente y doy mi consentimiento en pleno uso de mis facultades libre y voluntariamente, en virtual de los derechos que marca la ley para que la

Dra……...................junto con el personal técnico que crea conveniente, me realicen la correspondiente extracción de sangre y el tratamiento propuesto.

Puedo retirar mi consentimiento cuando lo desee, antes de la realización del procedimiento.

Para que así conste y se realice firmo el presente documento después de haberlo leído atentamente.

Buenos Aires, a los….…….. día del mes de……….. del año………

FIRMA:

ACLARACIÓN :

DNI:

Yo Dra……....he informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento y aplicación de PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO DERIVADOS DE LAS PLAQUETAS DE ORIGEN AUTOLOGO ASI

COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS

FIRMA:

M.N.

SELLO:

NOTA: Todo el material utilizado para la extracción de sangre, obtención, concentración y posterior aplicación es descartable y de un solo uso y se realiza bajo estrictas normas de bioseguridad, ante la presencia del paciente