

CONSENTIMIENTO ONCOCHECK.

Ciudad y fecha:...../...../.....

Yo....., a través del presente y habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y limitaciones de los estudios de diagnóstico que componen el Oncocheck, consiento en efectuarlos, aunque los mismos cubran sólo algunos aspectos preventivos y/ó de diagnóstico precoz de algunas enfermedades oncológicas.

Autorizo por la presente la realización de dichos estudios (laboratorio, ecografía, tomografía, radiografías, etc.) habiéndome asegurado la confidencialidad de los resultados y que los mismos serán informados por el médico que los ha indicado.

Dejo constancia que no se me ha prometido garantía de ninguna índole con respecto a la pesquisa integral y total de enfermedades oncológicas, conociendo que sólo se trata de estudios que suelen arrojar resultados que permiten inducir la presencia o la ausencia de enfermedad neoplásica en base a comportamientos poblacionales y epidemiológicos, y medicina basada en la evidencia.

Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

Firma del paciente:**Aclaración:**.....**Documento:****SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:****Aclaración:** **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: