



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
Las Malvinas son argentinas

**Anexo de Resolución**

**Número:**

**Referencia:** EX-2021-124865806- -APN-DD#MS- Anexo III

---

**ANEXO III**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL**

Entre el Sr. / Sra. ...., DNI ....., con domicilio real en ....., Historia Clínica N° ....., por sí /representada por ....., en adelante “EL/LA PACIENTE”, por una parte; y el Dr./Dra.

....., DNI ....., Matrícula ....., con domicilio real en ....., en adelante “EL/LA PROFESIONAL”, por el otro, convienen en celebrar el presente acuerdo de consentimiento informado de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, conforme los términos establecidos en la Resolución 561/2014 de la Superintendencia de Servicios de Salud, sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERO:** EL/LA PROFESIONAL luego de la evaluación del paciente informa que éste padece:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar la naturaleza de la patología y su evolución)

**SEGUNDO:** EL/LA PROFESIONAL propone para el tratamiento de la patología detallada en el artículo primero realizar el siguiente tratamiento:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar en qué consiste el procedimiento propuesta y cómo se llevará a cabo, detallando: cantidad de plantas, dosis, concentración de THC, tipo y frecuencia de analítica requerida, etc.)

Los beneficios razonables del tratamiento propuesta consisten en:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar los beneficios que el tratamiento deberían traer, conforme la patología detallada)

Las consecuencias de la denegación por parte del paciente son:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar qué consecuencias tendrá el paciente en caso de negarse a recibir el tratamiento propuesto).

Los riesgos del tratamiento son:

.....

(EL/LA PROFESIONAL deberá consignar los todos los riesgos, complicaciones y efectos adversos que pueda tener el paciente al recibir el tratamiento)

**TERCERO:** EL/LA PACIENTE declara haber tomado conocimiento y entendido todo lo consignado por el EL/LA PROFESIONAL, médico tratante. Asimismo, declara haber tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que necesitó para tomar libremente la presente decisión.

**CUARTO:** EL/LA PROFESIONAL informó y EL/LA PACIENTE aceptó y comprendió que el aceite de cannabis y sus derivados, para uso medicinal, resultantes de la práctica del cultivo no constituye un medicamento, sustancia y/o producto autorizado y aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), única autoridad regulatoria nacional con competencia para habilitar el registro.

**QUINTA:** EL/LA PACIENTE y EL/LA PROFESIONAL se compromete a cumplir con los requerimientos establecidos por la autoridad de Aplicación de la Ley 27.350 y su Decreto Reglamentario 883/2020, sus modificatorias y complementarias y toda aquella norma que pudiera reemplazarla.

**SEXTA:** EL/LA PACIENTE Y EL/ LA PROFESIONAL tendrán derecho a revocar este consentimiento informado de conformidad con lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley 26.529.

Se firman 2 (dos) ejemplares del presente de un mismo tenor a los.... días del mes de..... del año.....

Firma y Aclaración de EL/LA PROFESIONAL

Firma y Aclaración EL/LA PACIENTE

