



**TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA
DE ALTA COMPLEJIDAD**

**RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO AL MOMENTO DE
LA INSEMINACIÓN E IMPLANTACIÓN**
(artículo 7 lit e) Ley 19.167)

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

EDAD _____ DOMICILIO _____ TEL _____

NOMBRE DE LA PAREJA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

Por este medio ratifico/ratificamos el consentimiento por mi/ nosotros otorgado en documento de fecha _____ a los efectos que se proceda a la realización de _____.

.....

Firma del paciente

.....

.....

Aclaración

.....

Firma de la pareja

.....

Aclaración

.....

Firma del médico

Aclaración