

## **CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA DE MEDICACION EN DOMICILIO**

Mediante el presente documento autorizo al FNR a entregar a Laboratorio Roche y a Farmalog, para la entrega de la medicación Risdiplam (Evrysdi) y prestación de servicios relacionados que desde ya autorizo (coordinación de entrega y educación sobre manejo, administración, conservación y monitoreo, reporte de eventos adversos y reclamos asociados a la prestación), mis datos personales y los del menor: \_\_\_\_\_, incluyendo nombre completo, domicilio y teléfono de contacto, habiendo sido debidamente informado del alcance de los servicios, de este consentimiento y que los datos serán comunicados, utilizados y tratados a los solos efectos de lo arriba indicado, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 18.331.

**Firma del responsable legal del menor:** \_\_\_\_\_

**Aclaración de firma:** \_\_\_\_\_

**C.I.:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_