



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Monitoreo continuo de glucosa para pacientes portadoras de diabetes embarazadas.

FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PACIENTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_

Por el presente se me informa, que en el caso que cumpla con los requisitos para la entrega del dispositivo de monitoreo continuo de glucosa, los insumos para el mismo se me proveerán hasta el alta obstétrica.

Asimismo, se me ha explicado que durante el embarazo este sistema de control de glucosa, está dirigido a lograr mejores resultados en la salud del feto y el recién nacido y que existen situaciones clínicas y de otra índole que tendrá en cuenta mi médico tratante, que podrán ser causa del retiro del sistema de monitoreo antes de finalizar el embarazo.

Comprendo todo lo que se me ha informado y me comprometo al cuidado del dispositivo, así como a manejar los insumos de acuerdo a las indicaciones que determine mi médico tratante.

.....  
Firma Médico.

.....  
Firma de la paciente.