

Información entregada al Paciente por el Profesional Prescriptor

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

A completar por el médico

1. Información de interés para el paciente según el caso: (marcar la casilla que corresponda)

Mujer sin posibilidad de quedar embarazada
Varón
Mujer con posibilidad de quedar embarazada

2. Consentimiento Informado para el paciente según el caso: (marcar la casilla que corresponda)

Mujer sin posibilidad de quedar embarazada
Varón
Mujer con posibilidad de quedar embarazada

3. Ficha para el paciente

Sello y firma del médico: _____

Fecha: ____ / ____ / ____