



COLEGIO
FARMACEUTICO
DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN

FEFARA 
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA

 //colfaneuquen.website  @colfaneu  facebook.com/colfaneu

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS FARMACIAS DEL NEUQUÉN

Datos de la farmacia

- Nombre de la farmacia:
- Domicilio:
- Localidad:
- Teléfono:

Datos del paciente

- Apellido y nombre:
- DNI:
- Fecha de nacimiento:
- Domicilio:
- Teléfono:

Datos del farmacéutico interviniente

- Apellido y nombre:
- Matrícula profesional:

Por medio del presente, quien suscribe deja constancia que ha recibido información clara, suficiente y comprensible acerca del **Servicio Farmacéutico de Medición de la Presión Arterial** que se brinda en esta farmacia comunitaria, en el marco de la implementación de los Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud.

Asimismo, declara conocer y aceptar las siguientes condiciones:

1. Que el servicio consiste en la medición de la presión arterial por parte de un farmacéutico, siguiendo un procedimiento estandarizado, con registro de los datos obtenidos, orientación profesional y eventual derivación al sistema de salud cuando corresponda.
2. Que este servicio no reemplaza la consulta médica ni el seguimiento clínico habitual, sino que constituye una acción de detección, orientación y acompañamiento en el marco de la atención primaria de la salud.
3. Que la información brindada y los datos obtenidos durante la prestación de dicho servicio serán registrados con fines asistenciales, de seguimiento y



COLEGIO
FARMACEUTICO
DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN

FEFARA 
FEDERACIÓN FARMACÉUTICA

 //colfaneuquen.website  @colfaneu  facebook.com/colfaneu

evaluación del servicio, o con fines académicos y científicos, preservando la confidencialidad de los datos personales conforme a la normativa vigente sobre protección de los datos personales.

4. Que, en caso de detectarse valores fuera de rango, signos de alarma o cualquier situación que así lo justifique, el farmacéutico podrá recomendar la derivación a consulta médica, de otro profesional sanitario u otro servicio de salud.
5. Que la participación en este servicio es voluntaria y que puede retirarse o dejar sin efecto este consentimiento informado en cualquier momento, sin que ello afecte la atención habitual en la farmacia.
6. Que se compromete a brindar información veraz y completa sobre sus antecedentes, medicación habitual y cualquier otra situación de salud que resulte relevante para la correcta prestación del servicio.
7. Que ha podido realizar preguntas sobre el servicio y que las mismas han sido respondidas de manera satisfactoria.

En conformidad con lo expuesto, **presto mi consentimiento para participar en el Servicio Farmacéutico de Medición de la Presión Arterial** y autorizo el registro de la información vinculada a la prestación, en los términos anteriormente descritos.

Lugar y fecha:

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del farmacéutico:

Aclaración:

Matrícula profesional: