

A través de este Consentimiento Informado autorizo a los representantes de Tuteur Puentes que me contacten por teléfono, correo electrónico u otros medios similares. Asimismo dejo constancia de que acepto en forma expresa brindar la información personal solicitada y que esta sea organizada en una base de datos protegida y utilizada para el asesoramiento correspondiente. Estoy informado que la misma será resguardada por la Ley de Protección de Datos Personales (N° 25.326).

Declaro y manifiesto, en mi carácter personal o como representante del titular de los datos acá consignados, conocer que los medicamentos indicados requieren receta médica y solo pueden expendirse o entregarse a través de los canales correspondientes.

#### Datos a completar

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Apellido:

DNI:

Teléfono:

E-mail (opcional):

Obra Social:

Médico Tratante:

Medicación:

Firma del paciente o representante