



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A BASE DE CANNABIS

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del acudiente \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_, actuando en mi nombre propio o como representante legal del paciente \_\_\_\_\_, teniendo en cuenta:

1. Que \_\_\_\_\_ tengo \_\_\_\_\_ un \_\_\_\_\_ diagnóstico \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
2. Que he sido clara y precisamente informado de mi condición de salud y de las consecuencias que esta trae a mi calidad de vida.
3. Que he recurrido a diferentes tratamientos para la enfermedad que tengo sin obtener un resultado satisfactorio, lo cual tiene un alto impacto en mi calidad de vida o rechazo expresamente iniciar estos tratamientos.
4. Que he sido informado por el médico clara y suficientemente de los beneficios para mi condición de salud que trae la terapia a base de cannabis, los cuales buscan mejorar mi calidad de vida, y que estos beneficios han sido reportados por la literatura médica.
5. Que he sido informado sobre el sistema endocannabinoide y sus funciones
6. Que he sido informado sobre los beneficios a la calidad de vida que trae la terapia a base de cannabis a personas que poseen una enfermedad similar a la que se me ha diagnosticado.
7. Que se me ha explicado que existen riesgos de imposible o difícil previsión, de los cuales por esta razón no puedo ser advertido.
8. Que me han informado los efectos secundarios menores que puedo experimentar con la terapia a base de cannabis, estos son principalmente, hipotensión, mareo, taquicardia, ansiedad, entre otros. Efectos que se presentan en muy pocos casos y que no representan ningún riesgo para mi salud y mucho menos pueden llevarme a la muerte, dado que en ningún caso se ha reportado muerte por sobredosis de cannabis.

9. Que entiendo que por causas independientes al actuar de mi médico o de la terapia a base de cannabis se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios.
10. Que se me ha explicado que cómo todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo el médico poner todo su conocimiento y pericia para buscar obtener el mejor resultado.

En forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción consiento en el tratamiento a base de cannabis consistente en

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comprometiéndome a destinarlo exclusivamente a mi uso personal y medicinal.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. He entendido las condiciones y objetivos de la terapia a base de cannabis, los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto alcance y consecuencias de los riesgos de posible e imposible previsión que conlleva la terapia que autorizo.

En tales condiciones consiento iniciar la terapia a base de cannabis y me comprometo a seguir las indicaciones del médico tratante.

He leído y comprendido el contenido de este consentimiento, y afirmo que la información que contiene es cierta

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE**

Identificación  
Nombre

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

Identificación  
Nombre