

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### OBJETO: SUPERVISIÓN DEL CONSUMO DE HONGOS PSILOCIBIOS

Nombre y Apellido del Paciente

.....

Fecha de Nacimiento:     /     /

D.N.I.

1) Yo,....., mayor de edad, manifiesto que he adquirido por mi cuenta y cargo, hongos psilocibios para consumo personal en esta sesión. Los mismos no fueron provistos por .....

2) Manifiesto que ..... no indujo ni promovió el consumo de dichos hongos en esta sesión.

3) Manifiesto que la sesión se realiza en mi domicilio ubicado en

.....

4) Manifiesto que he contratado los servicios profesionales de ..... para la supervisión de esta sesión orientada a la Reducción de Riesgos y Daños.

5) Manifiesto que he sido informado sobre los eventuales efectos adversos de la ingesta de hongos psilocibios, tales como:

- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Náuseas
- Sentimientos y experiencias sensoriales intensificadas.
- Cambios en la percepción del tiempo

- Cefalea posterior al día siguiente de la sesión
- Posibles estados de ansiedad y angustia pasajeros

6) La presente sesión cuenta con la asistencia profesional constante de ....., como así también en el caso de experimentar estados pasajeros de malestar posteriores a esta sesión.

7) Manifiesto haber brindado la siguiente información a .....

- Todas las enfermedades, incluyendo las psiquiátricas, que he padecido y/o si se tratara de una enfermedad crónica.
- Todas las experiencias previas, si las hubiere, con el consumo de hongos psilocibios, especialmente en el caso de haber experimentado algún malestar o consecuencia no deseada.
- Cualquier alergia a medicamentos
- Todos los medicamentos que consumí en los últimos doce (12) meses.
- No estar embarazada.

LUGAR

FECHA:     /     /

**Firma del Paciente**

**Firma del Profesional**

**Aclaración**

**Aclaración**