

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ (apellido y nombre, DNI, número de socio) doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_ (razón social o nombre del prestador o responsable del equipo) me realice los siguientes tratamientos \_\_\_\_\_ (detallar tratamiento/s o prestaciones, por ejemplo: tratamiento kinésico, rehabilitación, prestaciones educativas, etc.) los días \_\_\_\_\_ (detallar días y horarios), desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ y hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , conforme el plan de tratamiento que acompaña a este consentimiento.

Reconozco que los profesionales y/o las instituciones involucrados me han explicado en términos claros, precisos y adecuados: el procedimiento propuesto con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; alternativas disponibles; los eventuales riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

### PRESTADOR

Firma: \_\_\_\_\_

Sello o aclaración: \_\_\_\_\_

### PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA QUE RECIBIRÁ LA PRESTACIÓN, POR FAVOR, COMPLETAR:

Dejo constancia de que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de \_\_\_\_\_

Manifiesto ser el familiar/responsable/tutor y doy conformidad respecto a las prestaciones detalladas precedentemente.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_