

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....

Por medio de la presente, el que suscribe.....
con DNI N°, en mi carácter de PACIENTE / PADRE, MADRE
O TUTOR DEL PACIENTE, certifico que se me ha explicado la naturaleza y el objetivo
del procedimiento que se me va a realizar, incluyendo riesgos significativos y alternativas
disponibles. Estoy ´satisfecho con las explicaciones y las he comprendido, por lo cual
consiento el tratamiento indicado por el Dr./Dra.
DNI N°....., Matricula Provincial/Nacional N°

PACIENTE: _____

DNI N°: _____ N° BENEFICIARIO: _____

PATOLOGIA _____

PROCEDIMIENTO A REALIZAR _____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL
PACIENTE, TUTOR O ENCARGADO

FIRMA, ACLARACIÓN, N° MATRÍCULA
Y ESPECIALIDAD DEL MEDICO TRATANTE