



OBRA SOCIAL DE PETROLEROS PRIVADOS  
OS.PE.PRI  
Resolución SSSALUD. N°:713/08  
RNOS N°: 1-2790-1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOLICITUD DE  
BOMBA DE INSULINA e INSUMOS.**

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

**DATOS BENEFICIARIO**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

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

TEL: \_\_\_\_\_

Por una parte, el que suscribe \_\_\_\_\_<sup>1</sup>,  
DNI \_\_\_\_\_, en mi carácter de beneficiario / representante <sup>2</sup>, manifiesto en  
forma expresa que acepto el Plan de Tratamiento consistente en

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, propuesto por el  
profesional a partir de / desde el mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_, quien me lo ha explicado  
y lo he comprendido completa y satisfactoriamente.

Por otra parte, \_\_\_\_\_<sup>3</sup> en mi carácter de profesional actuante y  
siendo \_\_\_\_\_<sup>4</sup> certifico que he explicado los objetivos y propósitos del Plan  
de Tratamiento propuesto "ut supra", me he ofrecido a contestar cualquier duda y he respondido  
en su totalidad las preguntas realizadas por el beneficiario / representante que las ha  
comprendido completa y satisfactoriamente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACIÓN RESPRESENTE / BENEFICIARIO

<sup>1</sup> Nombre y apellido de la persona responsable (padre/tutor/encargado) o del beneficiario directo del tratamiento.

<sup>2</sup> Seleccionar carácter de la persona firmante.

<sup>3</sup> Nombre y apellido del profesional.

<sup>4</sup> Especialidad del profesional.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL