



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 _____¹,
DNI _____, en mi carácter de beneficiario / representante ², 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, _____³ en mi carácter de profesional actuante y
siendo _____⁴ 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

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

² Seleccionar carácter de la persona firmante.

³ Nombre y apellido del profesional.

⁴ Especialidad del profesional.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL