



CONSENTIMIENTO INFORMADO de Prácticas Quirúrgica ante la Pandemia COVID-19

La Obra Social O.S.Pe.Pri. ha procedido a la correspondiente autorización para el beneficiario/a....., DNI: para la cirugía de

En virtud de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 la cual resulta de público y notorio conocimiento, esta Institución le recuerda que deberá arbitrar todos los PROTOCOLOS SANITARIOS correspondientes a fin de brindar SEGURIDAD en la práctica que se realizara a su cargo, haciéndose exclusivamente responsable de la misma.- El beneficiario deberá estar debidamente informado de los RIESGOS a los que se somete conforme lo acredita la Historia Clínica que posee y está a su alcance.- Las debidas diligencias ante la posibilidad de un contagio de COVID-19 deben estar garantizadas por la Institución donde llevara adelante la práctica y por el equipo que resultara acompañarlo en la misma.-

INSTITUCIÓN	DONDE	SE	REALZARÁ	LA	PRÁCTICA:
.....					
Firma, aclaración, D.N.I. del beneficiario/a, madre, padre o tutor					
.....					
Firma y sello del médico tratante					
.....					
Lugar y fecha.....					
.....					