



PROTESIS/ORTESIS/INSUMOS

Consentimiento informado

Nombre y apellido paciente..... DNI:.....

Representante o Responsable..... DNI:.....

Patología..... Motivo del tratamiento:.....

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al tratamiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Se me ha explicado que el material solicitado se aplicara para el tratamiento del diagnóstico:.....

que puede provocar efectos secundarios (si corresponde) frecuentes y/o transitorios como:

.....
.....
.....
.....

Consentimiento:

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en que consiste el tratamiento indicado, incluyendo sus objetivos, características, los beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el tratamiento, para lo cual deberé realizar una revocación o rechazo de Consentimiento Informado.

Libre y voluntariamente AUTORIZO la realización del tratamiento indicado.

Apellido y Nombre Médico..... Apellido y Nombre del beneficiario.....

Firma y Sello del Profesional..... Firma del beneficiario:.....

Nombre y Apellido Representante Legal (sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente)

.....

Firma:.....

Lugar y fecha:

*Completar cada espacio. (Excluyente/no se recibirá)