

Consentimiento al plan de tratamiento del beneficiario o su representante y del profesional actuante
(Resolución 1200-1561/12 - S.S. Salud)

Lugar y fecha:

Paciente

Nombre y apellido:

DNI N°

Por una parte, el que suscribe¹, DNI N°, en mi carácter de beneficiario / representante², manifiesto en forma expresa que acepto el Plan de Tratamiento consistente en:

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

Por otra parte,³ en mi carácter de profesional actuante.....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 atendido completa y satisfactoriamente.

.....
Firma del representante/beneficiario

.....
Nombre del beneficiario/representante

.....
Firma, sello y matrícula del profesional

¹ Nombre y apellido completo 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 / prestador
⁴ Especialidad del profesional / prestador

