

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,.....presto consentimiento
(APELLIDO Y NOMBRES)
para realizar el tratamientoque me ha sido
(Ambulatorio/ Centro de día/ Internación)
propuesto por
(Nombre Comunidad Terapéutica que presta el servicio)

Se me han explicado la naturaleza y objetivos de dicho tratamiento, incluyendo los riesgos y las alternativas disponibles. Asimismo, se me ha advertido sobre los riesgos y las eventuales consecuencias de no realizar el mencionado tratamiento.

Me manifiesto satisfecho con las explicaciones y las he comprendido.

También consiento la realización de todo procedimiento o intervención adicional o alternativa, que a juicio del equipo tratante fueran indispensables de manera inmediata, incluyéndose la asistencia médica que resultare necesaria. Todo ello conforme el criterio profesional de la institución en que me asisto.

....., de..... de 20.....
(Ciudad en la que se ubica la Comunidad Terapéutica)

Firma del paciente.....

Tipo y Número de Documento:

De corresponder:

YO,.....presto consentimiento
(APELLIDO Y NOMBRES)
para que se realice aquien es
(APELLIDO Y NOMBRES)
mi.....el tratamiento aque me ha sido
(Vinculo) (Ambulatorio/ Centro de día/ Internación)
propuesto por
(Nombre Comunidad Terapéutica que presta el servicio)

Firma del familiar.....

Tipo y Número de Documento:

POR LA PRESENTE DEJAMOS CONSTANCIA DE QUE FUERON EXPLICADOS LA NATURALEZA, PROPOSITOS, BENEFICIOS Y RIESGOS DEL TRATAMIENTO PROPUESTO, QUE NOS OFRECIMOS A CONTESTAR CUALQUIER PREGUNTA, Y QUE SE HAN RESPONDIDO DE MANERA DETALLADA, LAS QUE FUERON REALIZADAS.

A NUESTRO CRITERIO EL PACIENTE HA COMPRENDIDO LA EXPLICACIÓN Y LAS RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS.

POR EL PROFESIONAL DE.....
(Nombre Comunidad Terapéutica que presta el servicio)

.....
(Firma y sello del Profesional)