



CONSENTIMIENTO INFORMADO (Paciente)

Yo, presto consentimiento para realizar el
(Apellido y nombres)
Tratamiento.....propuesto por los profesionales de
(Ambulatorio/Domiciliario/Internación/Centro de día)
la Red Asistencial APPSI.

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.

Lugar:....., Fecha:....., (mes)....., de 20....

Firma del paciente:

Tipo y Número de Documento:

POR LA PRESENTE DEJAMOS CONSTANCIA 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 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE APPSI.

(Firma, aclaración y sello profesional)