



CONSENTIMIENTO INFORMADO (Familiar/Otro responsable)

Yo, presto consentimiento
(Apellido y nombres)
para que se realice a
(Apellido y nombres del paciente)
quien es mi el tratamiento que
(Vínculo) (Ambulatorio/Domiciliario/ Internación/Centro de día)
ha sido propuesto por 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, si no se realizara el mencionado tratamiento.

Me manifiesto satisfecho con las explicaciones, y las he comprendido.

También consiento la realización de todo procedimiento, o de 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 se asiste mi
(Vínculo)

Lugar:, Fecha: de 20....

Firma del familiar/responsable:

Tipo y Número de Documento:

Vínculo con el paciente:

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 RESPONSABLE DEL PACIENTE HA COMPRENDIDO LA EXPLICACIÓN, Y LAS RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS.

POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE APPSI.

(Firma, aclaración y sello profesional)