

Consentimiento Informado Bilateral II

Gerencia de Prestaciones Médicas

Lugar

Fecha

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido

DNI

Si el paciente es menor / incapaz completar

Atento a que el paciente es menor o temporalmente incapaz para tomar esta decisión por si mismo consiento el tratamiento médico propuesto en mi carácter de

Firma y Aclaración
del Paciente y/o Padre o Tutor
en el caso de menores
y/o Pacientes con
Certificado de Discapacidad

DNI

Firma y Sello del
Médico

Parentesco

Revocación de consentimiento

..... REVOCO el consentimiento de fecha

..... y declaro, por lo tanto que, tras la información recibida, NO consiento el someterme al procedimiento propuesto.

Buenos Aires, [] de

de []

Firma del
Paciente

Firma del
Representante
Legal

Firma y Sello del
Médico