Formulario No 02 - Consentimiento

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AÑO 202_ - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1743/24 SSS/MS

Fecha: _____ /_____ /____
Apellido y nombre del beneficiario con CUD:_____
Número de Afiliado o DNI:_____
Yo_____con Documento Tipo (____) No_____,
doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____202_.

2. Prestación

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____202_.

3. Prestación

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____202_.

4. Prestación

Prestador: _____

Período de prestación: Desde _____ hasta _____202_.

Firma :_____ Aclaración: _____

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:
Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de_____Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: _____ Aclaración: _____ Documento: _____

Lugar y fecha: _____ /_____ /_____