

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sres. OSAPM:

Por medio de la presente doy mi conformidad para realizar el tratamiento médico/quirúrgico propuesto:

Dejo constancia que mi médico tratante me ha informado sobre las precauciones, riesgos, complicaciones que resulten del mismo. He comprendido lo explicado. Todas mis preguntas fueron contestadas y he decidido dar mi consentimiento.

Firma Paciente

Firma y Sello Médico

y/o Representante.....

.....

DNI:.....

Aclaración:.....