

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Documento que debe completar el familiar o tutor, el Médico prescriptor y la Empresa que presta el servicio de Internación domiciliaria.

A completar por la Empresa que presta el servicio:

Quien suscribe,....., en carácter de prestador de Internación domiciliaria presenta el siguiente esquema de atención domiciliaria para el Sr./a....., Socio N°..... consistente en la asistencia de áreas y tareas que se informan a continuación:

.....
.....
.....

APELLIDO Y NOMBRE SELLO Y FIRMA
DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA

A completar por el familiar o tutor responsable y el Médico prescriptor:

Quien firma al pie, en su carácter de familiar/tutor responsable del Sr/a.:..... Toma conocimiento de la propuesta realizada por la Empresa de Internación Domiciliaria que antecede y acepta los términos establecidos. Se informa que la Internación Domiciliaria no constituye una opción de asistencia, soporte ni tratamiento de por vida.

Observaciones:
.....
.....
.....

APELLIDO Y NOMBRE FIRMA DNI
DEL FAMILIAR / TUTOR RESPONSABLE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR