

CONSENTIMIENTO INFORMADO

....., de de 20.....

**Señores de la Obra Social de Trabajadores Socios
de la Asociación Mutual del Personal Jerárquico
de Bancos Oficiales Nacionales - Jerárquicos Obra Social
S/D**

De mi consideración:

(Nombre/s y Apellido/s)..... beneficiario/a de la
O.S.T.S.A.M.P.J.B.O.N. - J.S. N°..... / me dirijo a ustedes a los efectos de manifestar mi total y absoluta conformidad del tratamiento con: prescripto/s por mi médico/a tratante (Nombre/s y Apellido/s), , sin que exista ninguna otra circunstancia para ello que la de mejorar mi calidad de vida.

Además expreso mi satisfacción con la información recibida por mi médico/a tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas. He comprendido sobre las condiciones y objetivos de la técnica utilizada, así como los riesgos y cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE¹

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

ACLARACIÓN

SELLO DEL PROFESIONAL

NOTA

¹En caso de ser menor de 21 años o encontrarse incapacitado para firmar, deberá hacerlo un familiar a cargo.