

DECLARACION DE CONFORMIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO TITULAR, PACIENTE Y/O FAMILIAR.

El que suscribe.....; titular de la Obra Social

No de beneficiario.....; paciente a intervenir quirúrgicamente, declara plena conformidad respecto del establecimiento donde se realizará la practica médico-quirúrgica/trasplante y con los profesionales actuantes; en un todo de acuerdo con las disposiciones vigentes de la resolución 1561/12 y 1048/14 del SUR/Ex. A.P.E.

La intervención de:; se realizará en la Clínica / Sanatorio / Instituto / Hospital....., sito en la Ciudad de, con fecha/...../.....

.....
Firma del paciente Firma del médico tratante y/o solicitante

.....
Aclaración Sello

.....
Tipo y número de documento

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