

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | PROGRAMA CUIDARTE

Lugar y fecha / _____, ___/___/___

DATOS DEL BENEFICIARIO**Nombre /** _____**DNI-LC /** _____**Edad /** _____

En mi carácter de beneficiario del programa de Cuidados Paliativos del IOMA, manifiesto haber recibido información completa acerca de los cuidados paliativos y haber comprendido las características de cada una de las prestaciones.

Firma del beneficiario_____
Aclaración_____
Firma del tutor_____
Aclaración

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la prestación de cuidados paliativos; me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas.

Creo que los padres/tutores/encargados han comprendido completamente lo que he explicado y contestado

Firma_____
Aclaración_____
Matrícula del Médico