

CONSENTIMIENTO INFORMADO EQUIPAMIENTO/MATERIAL

Fecha: / /

Identificación:

PACIENTE

Nombre y Apellido:

DNI: Fecha de nacimiento: / /

REPRESENTANTE RESPONSABLE *(solo en el caso de menores de edad o incapacidad del paciente)*

Nombre y Apellido:

DNI:

CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐

PATOLOGÍA:

MOTIVO DE LA DISPENSA DEL EQUIPAMIENTO/MATERIAL:

DETALLE DEL EQUIPAMIENTO/MATERIAL PRESCRIPTO:

Consentimiento:

Declaro que he sido informado/a por el profesional médico de manera clara y comprensible sobre la utilización del Equipamiento/Material indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado).

Asimismo, me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Voluntariamente doy mi consentimiento a la entrega del Equipamiento/Material.

Profesional Médico/a:

Apellido y Nombre: Firma:

Paciente:

Apellido y Nombre: Firma:

Representante Responsable (solo en el caso de menores de edad o incapacidad del paciente):

Apellido y Nombre: Firma: