

Entre el Sr./Sra. (1), DNI n° (2) representante legal del niño/niña DNI N°, en adelante el PACIENTE y el prestador CUIT N°, en adelante el PRESTADOR, suscriben el presente documento en el carácter de consentimiento informado conf. Capítulo III de la Ley 26.529 y Res. 887/2017 (SSS):

Primera: El PACIENTE expresamente acepta el tratamiento y las modalidades del mismo propuesto por el PRESTADOR, compuesto por la siguiente prestación:
.....
.....

Segunda: La prestación de la cláusula primera será brindada desde el día hasta el, conforme fuera prescripto por el médico tratante del PACIENTE.

Tercera: El PRESTADOR ha explicado todos los beneficios, la modalidad, los posibles riesgos, comorbilidades del tratamiento que le fuera prescripto.

Cuarta: Por su parte, EL PACIENTE reconoce que el PRESTADOR le ha brindado toda la explicación que ha requerido, evacuando sus consultas e inquietudes, lo que le ha permitido tomar una decisión autónoma respecto a la prestación indicada.

Fecha: (3)
Lugar:

Firma representante legal del Paciente:
Aclaración:
(nombre y apellido y mencionar si es padre madre o tutor)

Firma prestador:
Sello, N° de matrícula y CUIT:

(1) Nombre y apellido del padre, madre o tutor
(2) DNI del padre, madre o tutor
(3) La fecha debe ser previa al comienzo del tratamiento