



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESTACIONES DE  
NOMENCLADOR DE DISCAPACIDAD** Ver 1 03112021

Entre el Sr./Sra. .... (1), DNI n°  
..... (2) representante legal de  
..... 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. 1731/21 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 en términos claros y adecuados todos los beneficios, la modalidad, los posibles riesgos, comorbilidades y las alternativas 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: ..... (\*)

Lugar: .....

Firma representante legal del Paciente: .....

Aclaración: .....

(nombre y apellido y mencionar si es el paciente, padre madre o figura de apoyo)

Firma prestador: .....

Sello, N° de matrícula y CUIT: .....

(\*) La fecha debe ser previa al comienzo del tratamiento