

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN NORMATIVA DE LA SUPERINTENDENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

_____ de _____ de _____

Nombre y Apellido del Afiliado: _____

Nº Documento de identidad Tipo: _____ Nº _____

Nº Afiliado: _____

**Por la presente autorizo y presto conformidad a recibir tratamiento con los
siguientes medicamentos:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Dejo constancia que se me ha informado sobre el tratamiento, así como sobre sus condiciones.

Autorizo a las siguientes personas a retirar la medicación en mi nombre

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO Nº	CARÁCTER EN QUE ACTÚA

Firma y aclaración del Paciente o responsable legal

Sello y firma del profesional