

**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