

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO TITULAR, PACIENTE Y/O FAMILIAR

El que suscribe..... afiliado de OSPEDYC (Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles), N° de beneficiario; paciente a intervenir quirúrgicamente, declara plena conformidad respecto del establecimiento donde se realizará la práctica médico-quirúrgica/trasplante y con los profesionales actuantes; en un todo de acuerdo con las disposiciones vigentes de la resolución 1561/12 y 1048/14 del SUR/Ex. A.P.E. con las disposiciones vigentes de la resolución 1561/12 y 1048/14 del SUR/Ex. A.P.E.

La intervención de:
se realizará en la Clínica / Sanatorio / Instituto / Hospital,
.....
sito en la ciudad de, con fecha/../

.....
Firma del paciente (1)

.....
Firma y sello del médico tratante

.....
Aclaración

.....
DNI

(1) En caso de ser menor de 21 años o encontrarse incapacitado para firmar, deberá hacerlo un familiar a cargo.