

Fecha

Lugar

Datos a completar por el afiliado

Yo
con DNI he mantenido una reunión con el Dr/a.
..... quien es mi médico/a tratante y que me ha informado de mi
enfermedad y del tratamiento de la misma.

Padezco y el tratamiento propuesto es
.....
.....

Me han informado los riesgos a los que me someto, así como los beneficios que puedo obtener. También
me han comunicado de otros tratamientos alternativos como
..... y se ha referido a las consecuencias de no realizar
ningún tratamiento

He realizado las preguntas que consideré necesarias y el médico/a me ha dado respuestas aceptables.
En razón de lo expuesto doy mi consentimiento para
.....

Firma del paciente o tutor

Firma del testigo

Firma y sello del Profesional Tratante