

FORMULARIO 11.2

## CONSENTIMIENTO

Ciudad de ..... de ..... de 202\_

Por la presente dejo constancia y presto mi conformidad al plan de tratamiento que

.....  
(razón social o nombre del prestador)

sito en la calle.....  
(domicilio, localidad, provincia)

Brinda a mí.....  
(parentesco) (Apellido y Nombre - DNI)

Por el periodo .....  
(desde – hasta)

Prestación y tipo de jornada .....  
indicar la dependencia en caso de corresponder

De acuerdo al siguiente cronograma:

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Asimismo, acepto la gestión a realizar por la Obra Social ante la Superintendencia de Servicios de Salud o ante el organismo que un futuro lo reemplace, comprometiéndome a cumplimentar todos los requisitos necesarios para ese trámite.

PRESTADOR	PACIENTE O RESPONSABLE
Firma	Firma
Aclaración	Aclaración
	DNI
Sello de la institución	Vínculo