



DOSUBA

PLANILLA 59 - CONSENTIMIENTO INFORMADO PREVIO A LA INTERNACIÓN

-LA PRESENTE ES IMPRESCINDIBLE PARA LA INTERNACIÓN-

Buenos Aires, el día _____ (número) del mes de _____ de 20____

Apellido y Nombre del paciente:

DNI: N° afiliado:.....

Domicilio actual:

Localidad:

Teléfono fijo/celular:

Responsable del paciente

Apellido y Nombre:

DNI:

Domicilio actual:

Localidad:

Teléfono fijo/celular:

Completar por el responsable del paciente:

Por medio de la presente, asumo mi compromiso en calidad de del Sr./Sra., a realizar las gestiones, luego del alta médica comprobada y firmada por los profesionales médicos de la institución, tendientes a hacer efectivo el traslado del afiliado mencionado desde el establecimiento a su domicilio, articulando los medios necesarios para su atención en el caso de que requiera asistencia de terceros en su vida cotidiana. En ese sentido, tomo conocimiento de que la cobertura de la internación se prolongará hasta 24 horas del alta médica comprobada y que si, por motivos ajenos a la obra social, la estadía del paciente se extendiera, quedará a mi cargo.-

FIRMA Y ACLARACIÓN: