

**PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | PROGRAMA CUIDARTE**

Lugar y fecha / \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

**Nombre /** \_\_\_\_\_

**DNI-LC /** \_\_\_\_\_

**Edad /** \_\_\_\_\_

En mi carácter de beneficiario del programa de Cuidados Paliativos del IOMA, manifiesto haber recibido información completa acerca de los cuidados paliativos y haber comprendido las características de cada una de las prestaciones.

\_\_\_\_\_  
**Firma del beneficiario**

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
**Firma del tutor**

\_\_\_\_\_  
Aclaración

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la prestación de cuidados paliativos; me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas.

Creo que los padres/tutores/encargados han comprendido completamente lo que he explicado y contestado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Matrícula del Médico