

CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

Por medio de la presente presto mi conformidad al tratamiento

para el afiliado/a: _____
sugerido por el médico tratante para el período: _____

Datos del beneficiario o su representante:

Firma: _____
Aclaración: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____ Fecha: _____

Datos del profesional /de la institución/ transportista:

Firma: _____
Aclaración: _____
Domicilio: _____
Telefono: _____ Fecha: _____
E- mail: _____



Obra Social
Perfumista

Entre todos
nos cuidamos.