

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA**

Fecha: ...../...../.....

Localidad:

**I. PACIENTE**

Nombre y Apellido:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Teléfono:

Obra Social:

N° Afiliado:

**II. PERSONAL INFORMANTE: Profesional en Fonoaudiología:**

Nombre y Apellido:

Matrícula N°:

Colegio Profesional – Regional:

**III. INFORMACIÓN RECIBIDA:**

**Declaro que se me ha brindado información clara, precisa y adecuada, de forma verbal y por escrito, sobre los siguientes puntos:**

**A- ESTADO DE SALUD FONOAUDIOLÓGICO:**

Motivo de Consulta:

Evaluación:

Diagnóstico:

**B- PLAN DE TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO PROPUESTO POR EL PROFESIONAL:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**C- BENEFICIOS RAZONABLES ESPERADOS:**

.....  
.....  
.....



**Marcar con una cruz la opción que selecciona:**

..... **ACEPTO** libre y voluntariamente la realización de la práctica fonoaudiológica descrita en el punto III b).

..... **RECHAZO** la realización de la práctica fonoaudiológica descrita en el punto III b), declarando conocer y asumir las consecuencias detalladas en el punto III f).

Firma del Paciente:

Aclaración:

Documento:

**b) En caso que el paciente sea menor de dieciocho (18) años / no pueda comprender:**

Firma del Padre/Madre/Tutor:

Aclaración:

DNI:

Vínculo:

**c) En caso que el paciente tenga designado judicialmente Personal de Apoyo:**

Firma Personal de Apoyo:

Aclaración:

DNI:

Carácter:

Firma y Sello del Fonoaudiólogo:

Aclaración:

Matrícula:

De prueba de conformidad se firman 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de....., a los.....días, del mes de..... del año.....