

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL/A AFILIADO/A PARA SOLICITUD DE
REHABILITACION AMBULATORIA- MODULO INTEGRAL SIMPLE O INTENSIVO**

El/la que suscribe.....con Documento
Nacional de Identidad Nº....., presta su conformidad para ser atendido/a
y asistido/a médicamente en el Centro de Rehabilitación
ReINTEGRA.....

Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las practicas,
estudios y tratamientos que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que
puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez,
requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.

Entiendo que puedo negarme al tratamiento o retirar mi consentimiento en cualquier
momento.

He tenido la oportunidad de leer y discutir este consentimiento con mi médico y he podido
realizar preguntas, por lo que consiento el plan de tratamiento propuesto.

Entiendo que cuando requiera o reciba solo 1 prestación de una especialidad, el módulo
integral no podrá utilizarse; designándose prestaciones individuales según corresponda.

Confirmo que he leído y comprendido los términos de este consentimiento.

A los.....días del mes de.....de 20.25....

Firma:
Aclaración:
D.N.I. Nº:
Afiliado/a Nº: