

Consentimiento Informado del Paciente
Formulario Impreso

Yo,

, cédula nacional de identidad N°: _____ - __, he sido informado del procedimiento a realizar por la Progessa SpA, entendiendo es para mi propio beneficio.

También, reconozco que se me entregará toda la información obtenida de los procedimientos realizados y que sólo con esta autorización, **Progessa SpA** podrá compartir información estadística que haya recolectado.

Declaro que he contestado una serie de preguntas respecto del procedimiento, todas las cuales han sido respondidas con información que considero suficiente y aceptable. Por lo tanto, en forma voluntaria doy mi consentimiento para que se me realicen los siguientes procedimientos médicos y odontológicos, que a continuación se detallan:

He tomado conocimiento que Progessa SpA no se hará responsable de mi condición física como paciente al momento de realizar las prestaciones médicas ambulatorias descritas anteriormente, ni tampoco de los efectos de las mismas, por la falta de observancia de mi parte, de las recomendaciones dadas por las autoridades de salud.

Por lo anterior, manifiesto tener pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

FECHA: _____ (día - mes - año)

Firma Paciente

RUT: