

**Consentimiento al plan de tratamiento del beneficiario o su representante y del profesional actuante**  
**(Resolución 1200-1561/12 - S.S. Salud)**

---

Lugar y fecha: .....

**Paciente**

Nombre y apellido: .....

DNI N° .....

Por una parte, el que suscribe .....<sup>1</sup>, DNI N° ....., en mi carácter de beneficiario / representante<sup>2</sup>, manifiesto en forma expresa que acepto el Plan de Tratamiento consistente en:

....., propuesto por el profesional a partir de / desde el mes de .....del año 20 ..., quien me lo ha explicado y lo he comprendido completa y satisfactoriamente.

Por otra parte, .....<sup>3</sup> en mi carácter de profesional actuante.....<sup>4</sup> certifico que he explicado los objetivos y propósitos del Plan de Tratamiento propuesto “ut supra”, me he ofrecido a contestar cualquier duda y he respondido en su totalidad las preguntas realizadas por el beneficiario/representante que las ha atendido completa y satisfactoriamente.

.....  
Firma del representante/beneficiario

.....  
Nombre del beneficiario/representante

.....  
Firma, sello y matrícula del profesional

---

<sup>1</sup> Nombre y apellido completo de la persona responsable (padre/tutor/encargado) o del beneficiario directo del tratamiento.  
<sup>2</sup> Seleccionar carácter de la persona firmante.  
<sup>3</sup> Nombre y apellido del profesional / prestador  
<sup>4</sup> Especialidad del profesional / prestador