

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley Nacional Nº 26.657 (art. 7, incisos j, k y m; art. 10 y art. 16, inciso c)

Localidad; fecha dede 20....

Dejo constancia que yo,
nacido en....., el día.....,
identificado con D.N.I:, edad....., en mi carácter de usuario
autorizo al/los profesional/es intervinientes, abajo firmantes, a realizar las acciones
pertinentes y necesarias para concretar la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral
correspondientes, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre las
situaciones de riesgo que pudieran presentarse.

Comprendo y acepto que durante la ejecución de la estrategia terapéutica y de
reinserción social, pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas que
puedan requerir la modificación de la estrategia terapéutica inicial, lo que implicará la
adopción de decisiones alternativas, que me serán debidamente informadas, tendientes
al cumplimiento de los objetivos propuestos para lograr la superación de la situación
problema que originó la intervención profesional.

Al firmar este documento, reconozco haber comprendido perfectamente su
contenido, que se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas, y que
todas las preguntas que he formulado han sido respondidas y explicadas
satisfactoriamente.

Por lo antes expuesto, doy mi consentimiento para que se ejecuten las acciones
interdisciplinarias e intersectoriales pertinentes, para la recuperación y preservación de
mi salud.

.....
**FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL USUARIO**

.....
**FIRMA Y SELLO DE LOS
PROFESIONALES INTERVINIENTES**