

**Consentimiento al Plan de Tratamiento del beneficiario o su  
Representante y del profesional actuante.**

Lugar y fecha.....

Paciente:.....

Nombre y apellido:.....

DNI Nº: .....

Por una parte, el que suscribe.....DNI Nº  
..... en mi carácter de beneficiario/ representante, 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, ..... en mi  
carácter de profesional actuante ..... 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 matricula del profesional.