Bmé. Mitre 1906 - C.A.B.A. - C.P. C1039AAD - RNOS: 1-0080-9

Tel.:+54 11 49537277, Fax: + 54 11 4953-7422 osa@aeronavegantes.com info@aeronavegantes.com



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILATERAL

| (Iniciales Ej.) | | Fecha de Nac. |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Doy conformidad para la rea | alización de. Tratamiento indicado | por mi médico tratante el Dr. |
| Co | n la cobertura de mi Obra Social: O | .S.A |
| | | |
| Medicacion | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Firma Paciente (1) | (ACLARACION CON CODIGO VIH) | Firma del Med. Auditor |

(1) En caso de ser menor de 21 años o encontrarse incapacitado para firmar, deberá hacerlo un familiar a cargo.