

**BRISTOL MEDICINE**  
FICHA DE RECEPCION

PRESTADOR TITULAR:

Nro.:

DIRECCION:

TELEFONO:

C/ FICHAS	PLAN	TOTAL \$

FECHA:...../...../.....

TOTAL \$

RECEPCION:.....


Confirmando que he sido informado del tratamiento que se me realizará, su naturaleza y propósito, como así también la posibilidad de complicaciones y posibles métodos alternativos

.....  
Firma del Paciente

Manifiesto que he informado al paciente en un lenguaje claro y sencillo las prácticas que se le realizarán, sus posibles complicaciones y diferentes opciones

.....  
Firma del Profesional