BRISTOL MEDICINE

FICHA DE RECEPCION

PRESTADOR TITULAR: **Nro.:**

DIRECCION:

TELEFONO:

C/ FICHAS	PLAN	TOTAL $

FECHA:...../...../..... **TOTAL $**

RECEPCION:.....

Confirmo que he sido informado del tratamiento que se me realizará, su naturaleza y propósito, como asi también la posibilidad de complicaciones y posibles metodos 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