

Calle Larga, _____, de 20_____.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE CONSEJERIAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES

Yo, _____ C.I

Nº: _____, se me ha propuesto realizar una prestación de intervención biopsicosocial denominada Consejería. Esta prestación clínica consta de siguientes aspectos:

1. Una vez autorizado el equipo de salud a realizar la consejería, se definen objetivos, plan de acción y seguimiento acordados por ambas partes.
2. Los resultados de esta intervención tienen como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades poniendo en práctica sus recursos y tomando decisiones en la consecución de su estado de bienestar.
3. Se me ha asegurado que podré aceptar o rechazar las intervenciones propuesta por el equipo de salud, así también preguntar hasta que se resuelvan todas mis dudas en lo relacionado con la consejería y mi participación.
4. Podré abandonar el proceso de consejería en cuanto yo decida, sin que afecte mi atención en el establecimiento.
5. Me han informado que todos los antecedentes entregados son de carácter confidencial.

En consecuencia, declaro haber recibido información de la prestación a realizar, de las características, objetivos y beneficios secundarios a esta intervención y por lo tanto autorizó al profesional: _____, a realizar la prestación biopsicosocial de Consejería.

--

Nombre y Firma Usuario

--

Nombre y Firma Profesional a Cargo

Nombre y Firma Padre – Madre o Tutor Legal

C.I Nº Padre – Madre o Tutor Legal

COPIA CESFAM

Calle Larga 2088 - Teléfonos 342 436200/342 436201 www.municallelarga.cl