**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_(nombre adulto responsable)\_\_\_\_\_\_\_\_ número de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo la solicitud de hora para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre usuaria/o)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ número de identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con el propósito de que reciba los beneficios asociados a las prestaciones de salud del establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre NNA |  |
| Parentezco |  |
| Nombre Profesional/requirente |  |
| Nombre institución |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono de contacto |  |

Fecha ………………………………….. Firma requirente ………..……………………………………..

*(Formulario válido por única y exclusiva vez)*