Ciudad México, a los 5 días del mes de Junio de 2019

Nombre del paciente. Lautaro Colono. Número de CURP.......................Calle Hidalgo 4500. Ciudad de México.

Se hace constar por medio de la presente que el señor Lautaro Colono, asume el consentimiento de recibir un plan de tratamiento de enfermería. El mismo consiste en  seis sesiones de………… durante el período de ........................

Este plan permitirá al mencionado paciente lograr la recuperación de su salud frente a la enfermedad……………………………………………………………………………………….

También el informado asume los riesgos que el plan podría ocasionarle. Tales como..................

.......................................................................................................................................................

Este documento manifiesta el consentimiento del paciente Lautaro Colono, y el acuerdo con el profesionista a cargo de su tratamiento.

El tratamiento mencionado se realizará en el Hospital.................................................................de la ciudad de México.

Nombre del médico: Dr. Gimeno Sacristán. Matrícula Profesionista.....................................................

CURP Número...................................................................

 Los suscriptores de este documento manifiestan el acuerdo mediante sus registros de firmas a continuación.

...........................................................................

Nombre del Profesionista

..........................................................................

Nombre del paciente. CURP Número