

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE REHABILITACION PARA ADICTOS MENORES DE DIECIOCHO AÑOS

APELLIDO NOMBRE DEL PACIENTE		NOMBRE DE PILA	INICIAL
NUMERO DEL "C" CASO			
CENTRO		UNIDAD	

**INSTRUCCIONES:** Preparar una (1) copia para el Historial del Paciente.

Yo, el firmante, doy mi consentimiento para el tratamiento de el paciente antes indicado, en el establecimiento antes indicado. Entiendo que el/ella residirá en la unidad abierta, que recibirá tratamiento junto a pacientes adultos, y que estará sujeto/a a las reglas del establecimiento. Entiendo que el/ella tendrá derecho a retirarse del antes mencionado establecimiento en cualquier momento. También entiendo que el/ella podrá recibir pases para salir del establecimiento, y que pudiera ser dado/a de alta por el director del establecimiento en base al juicio clínico del personal.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Madre/Tutor cuando requiere)

\_\_\_\_\_  
(Escriba en Letras de Molde el Nombre y Apellido del Padre/Madre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Vínculo con el/la Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)