Fecha:_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITAS DOMICILIARIAS

En mi calidad de usuario de CECOSF "Limarí", perteneciente a CESFAM "Dr. Jorge Jordán Domic", autorizo a Equipo de salud conformado por sus funcionarios y/o alumnos en práctica de dicho establecimiento, a realizar visitas domiciliarias integrales o de procedimientos. Por lo tanto, me comprometo a conocer mis derechos y deberes al respecto, a seguir las indicaciones e instrucciones, que tengan como objetivo contribuir a la mejora de calidad de vida de mi familia.

Estoy en conocimiento, que CECOSF Limarí, no dispone con vehículos ni implementación para emergencias cínicas, por lo que deberé comunicarme, en tal caso, directamente con fono emergencias 131.

Autorizo:

Nombre	RUT	FIRMA

No autorizo:

Nombre	RUT	FIRMA

_____--

Fecha:_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VISITAS DOMICILIARIAS

En mi calidad de usuario de CECOSF "Limarí", perteneciente a CESFAM "Dr. Jorge Jordán Domic", autorizo a Equipo de salud conformado por sus funcionarios y/o alumnos en práctica de dicho establecimiento, a realizar visitas domiciliarias integrales o de procedimientos. Por lo tanto, me comprometo a conocer mis derechos y deberes al respecto, a seguir las indicaciones e instrucciones, que tengan como objetivo contribuir a la mejora de calidad de vida de mi familia.

Estoy en conocimiento, que CECOSF Limarí, no dispone con vehículos ni implementación para emergencias cínicas, por lo que deberé comunicarme, en tal caso, directamente con fono emergencias 131.

Autorizo:

Nombre	RUT	FIRMA

No autorizo:

Nombre	RUT	FIRMA