

DIRECCIÓN NACIONAL DE SERVICIOS BIOMÉDICOS

Fecha
/ /

FDN:

Modalidad:

Yo,, Padre () Madre () o Apoderado () del (la) menorhe sido informado por el Dr. (a)con C.M.P. N°, acerca del procedimiento para la evaluación médica a realizarse en las instalaciones de la DINASEB.

El cual consta de siete (06) especialidades médicas, las cuales son:

1. Examen de Laboratorio
Evaluación
2. Odontológica
Evaluación
3. Clínica
4. Evaluación Antropométrica
Examen de
5. Electrocardiograma
6. Evaluación Psicológica

Dejo sentado que he comprendido las explicaciones facilitadas acerca de los exámenes y evaluaciones precitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

Asimismo dejo asentado que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento y que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, **CONSIENTO Y AUTORIZO**, la realización de la correspondiente evaluación médica a cargo de los especialistas de la DINASEB del IPD.

En la ciudad de....., el día.....dede 20.....

Firma
DNI: