

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
CECR.CA-CPSE-003**

El suscrito, _____,

(consignar nombre, apellidos, profesión u oficio, número de cédula de identidad y domicilio exacto) por este medio, hago constar que he contratado (o contrataré) los Servicios de Atención de Enfermería a cargo de: _____

(Nombre, calidades y número de licencia o permiso al día del Profesional de Enfermería, de la Empresa o Auxiliar de Enfermería, que prestará los servicios de atención en Enfermería), para que ofrezca cuidados de enfermería a: _____

(aquí habrá de indicarse si los servicios son para quien suscribe este documento o el nombre y número de cédula de la persona que los recibirá).

Quien suscribe este documento, comprometo brindar toda la información necesaria y fidedigna respecto a las causas que motivan la contratación del servicio, con la finalidad de que ese servicio sea desarrollado de conformidad con los requerimientos y cuidados de enfermería que se me deben ofrecer. Doy por entendido que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se podrían presentar confusiones que provoquen que el servicio prestado no sea el adecuado sin que esto, sea atribuible al profesional en enfermería que brinda el servicio.

Los servicios de profesional de enfermería solicitados consisten en: _____

A causa de _____

En esta línea, también me comprometo a seguir las indicaciones que me brinde la o el profesional en enfermería respecto a los cuidados y al comportamiento que debe mantenerse para favorecer el mejor resultado de la atención recibida y prevenir complicaciones asociadas al estado de salud del cliente y mi estado de salud.

Nombre y Firma de la persona sujeta de atención o del contratante.

x.- _____ x.- _____

Nombre y Firma de la persona física profesional en Enfermería, empresa o Auxiliar de enfermería contratado (a):

Lugar y Fecha: _____