



I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



Código: CAL Nº 05.1
Edición: 01
Fecha: Octubre de 2013
Páginas: 1 DE 1
Vigencia: ENERO 2015

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONVENIO ASISTENCIAL DOCENTE

Establecimiento: _____ **Fecha:** _____

Yo _____ de
_____ años de edad, cédula de identidad _____, por mi
libre voluntad, autorizo y declaro:

Estar en conocimiento que seré atendido(a) por un estudiante de la
carrera de _____ de la Universidad o Instituto
Profesional o Técnico _____, en su proceso
de práctica clínica.

Esta actividad será supervisada y guiada por el profesional
_____, quien es tutor de la
actividad práctica de la asignatura y responsable final de mi correcta
atención.

Nombre- Firma o impresión digital y Rut usuario y/o representante legal

Nombre – Firma y RUT profesional

Nombre – Firma y RUT estudiante