

CENTRO REGIONAL DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

Av. Heroico Colegio Militar N° 3, Col. Zapote Gordo, Tuxpan, Ver. CP. 92860
Teléfono. 783 834 8322

Tuxpan de Rodríguez Cano, Ver., a _____ de 20_____

USUARIO

Nombre: _____

Diagnostico: _____

Edad: _____ Género: _____ No. de expediente: _____

Domicilio: _____

Colonia: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

Firma de usuario: _____

Por medio de este conducto DOY MI CONSENTIMIENTO para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio necesario ya que recibí del médico responsable la información relacionada con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y del tratamiento rehabilitatorio.

Me comprometo a RESPETAR la propuesta que me otorgue el Centro Regional de Rehabilitación Integral del DIF y acudir a los servicios donde me envíen. Así mismo, tengo el derecho de acudir con mi médico responsable en este centro para que aclare mis dudas solicitando una cita.

MEDICO

Nombre del médico tratante: _____

Cédula Profesional: _____

RESPONSABLE

Nombre del Responsable: _____

Parentesco: _____

Firma de autorización: _____

TESTIGO

Nombre: _____