



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACION A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES TERAPEUTICAS FUERAN DEL RECINTO

Mediante el presente, declaro **conocer, entender y aceptar** la necesidad de realizar actividades lideradas por Terapeuta Ocupacional u otros profesionales fuera del recinto del Hospital del Salvador

Declaro conocer y aceptar la actividad, y comprometerme a participar en esta siguiendo las indicaciones e instrucciones de la/el terapeuta

ACEPTO

NO ACEPTO

Usuario (nombre y firma): _____

RUT: _____

Fecha: _____

Representante / familiar o tutor (nombre y firma): _____

RUT: _____

Fecha: _____