

Formulario de consentimiento

Fisioterapia

Nombre del negocio

DETALLES DEL CLIENTE

Nombre completo

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de nacimiento

CONFIRMO QUE

- ☐ He compartido información precisa sobre mi salud y medicación.
- ☐ Se me explicó el plan de tratamiento, sus beneficios esperados y posibles molestias.
- ☐ Puedo detener el tratamiento en cualquier momento.
- ☐ Informaré al terapeuta sobre cualquier cambio en mi condición.

Acepto que el negocio conserve la información en este formulario para brindar el servicio y durante el tiempo que la ley lo requiera. Puedo solicitar ver, corregir o eliminar mis datos en cualquier momento.

Firma del cliente

Firma del especialista

Fecha