

....., a.....de..... de 20.....

D/Dña.....  
con DNI .....y residente en .....,  
beneficiario/a de la prestación del Servicio de Ayuda a domicilio,  
previamente informado/a de que dichas prácticas pueden suponer  
riesgos para mi salud, presta su consentimiento, libre y consciente, a  
que la auxiliar de la empresa Deconsa que sea destinada en su  
domicilio, realice las siguientes prácticas médicas e higiénicas:

- Control de la administración de tratamientos médicos, bajo la  
coordinación de los equipos de salud.

Para que conste y surtan los efectos oportunos:

Fdo: USUARIO/A,