



Consentimiento Informado para
Traslado de Pacientes

Consentimiento Informado para Traslado de Pacientes

Consentimiento Informado para Traslado de Pacientes

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder a mi traslado de institución según lo siguiente:

.....

.....

INFORMACIÓN

- 1) **INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PACIENTE:** Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica, para que esta sea recibida de manera completa y fidedigna a la institución designada para mi traslado.
- 2) **INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PACIENTE:** Declaro haber sido debidamente informado (a) sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento de traslado a otra institución que el equipo de salud me ha dado a conocer y me han explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:
 - a) Mi traslado se efectuará a:

 - Con fecha...../...../.....
 - b) Estoy en conocimiento que mi traslado obedece al hecho que, atendido mi estado de salud, la Clínica no tiene posibilidad de asegurar mi atención por no disponer del personal necesario para ello como consecuencia de la declaración de huelga legal de parte de sus trabajadores.
 - c) Acepto expresamente el traslado antes referido así como el hecho de ser atendido en el centro hospitalario ya señalado por los profesionales del mismo.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal de salud que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de no trasladarme de institución, debido a que se espera que este inconveniente no afecte la calidad y seguridad de mi atención de salud.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el traslado de institución

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).