

Documento Controlado	Original: 21/12/2016	Versión: 01
FR- HOIN - 01	Actualización: --/--/----	Página 2 de 3

Toda la información que usted proporcione al equipo terapéutico, será tratada de forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que la ley contempla la entrega de la historia clínica.

Que, este, es un consentimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en el caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se me ha dado la oportunidad de plantear las preguntas pertinentes de manera abierta y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma manera declaro que entiendo que la medicina no es una ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del Paciente: [Firma]
CC. o Huella: 1032400051

Nombre del Paciente: María Inés Pineda Perilla

Firma del Testigo o Responsable del Paciente: [Firma]

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: Carlos Castro Henríquez

CC. o Huella: 1030 646 847

Relación con el paciente: Amigo

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 08 días del mes de enero del año 2014

Nombre del médico
Cc

Firma y sello
Registro profesional

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

_____ Con cc _____

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Firma del Paciente:
CC. o Huella: _____

Nombre del Paciente: _____