

**DECLARACIÓN DE SALIDA VOLUNTARIA EN CONTRA DE LA INDICACIÓN DEL EQUIPO
MÉDICO TRATANTE**
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-027 V1 04-10-2021

Yo, _____ identificado(a) con documento de identidad tipo₁ _____
número _____ expedido en _____ por medio del presente documento
certifico libre y voluntariamente, lo siguiente:

1. Que soy competente para expresar mi voluntad y tomar decisiones informadas acerca de mi cuidado médico.
2. Que he decidido abandonar las _____, en contra de
instalaciones de la Clínica _____
Indicación de mi médico tratante.
3. Que reconozco que mi médico tratante me está ofreciendo el tratamiento para mi actual condición de salud, pero a
pesar de ello he rechazado el mismo.
4. Que los beneficios potenciales de dicho tratamiento me han sido explicados en forma clara y detallada por el equipo
médico de la Clínica, poniendo de manifiesto que al rehusarme al mismo se podrían generar secuelas graves para mi
salud o incluso la muerte.
5. Que se me han explicado de manera satisfactoria las posibles alternativas a dicho tratamiento con sus riesgos y
beneficios.
6. Que a pesar de mi decisión de dejar la Clínica _____ mi médico tratante me ha aconsejado
Volver a dicha Institución si cambio de opinión o si los síntomas de mi enfermedad recurren, persisten o empeoran.
7. Que por lo anterior asumo toda la responsabilidad que se llegare a generar por mi decisión de abandonar la citada IPS,
a pesar de las recomendaciones del equipo médico tratante de la misma, incluyendo todas las consecuencias
desfavorables derivadas de tal determinación.

Firma del Paciente

Documento de Identidad tipo₁ _____

Número _____

Fecha _____

Firma testigo

Documento de Identidad tipo₁ _____

Número _____

Familiar y/o acompañante _____

Firma testigo

Documento de Identidad tipo₁ _____

Número _____

Miembro del equipo de salud₂ _____

1 Coloque la sigla según corresponda CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte

2 Diferente al médico tratante.

DECLARACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD DE CLÍNICA _____

Dejo constancia que entiendo y acepto que los pacientes competentes tienen el derecho a consentir o rehusar el cuidado médico, incluso si esa decisión es contraria a mis recomendaciones. Por lo tanto, los siguientes puntos fueron verificados para esta situación en particular:

1. Después de la evaluación de las funciones mentales de este paciente y de su habilidad para tomar decisiones racionales, lo juzgo competente.
2. El paciente entiende los aspectos básicos de su problema médico y del tratamiento ofrecido.
3. El paciente ha sido informado sobre otras opciones y alternativas de tratamiento, así como sus riesgos, beneficios y complicaciones.
4. El paciente ha sido informado sobre la posibilidad que le asiste de volver a la Institución si cambia de opinión por alguna razón o si los síntomas de su enfermedad recurren, persisten o empeoran.

Firma

Nombre del médico tratante _____ Fecha _____



**DECLARACIÓN DE SALIDA VOLUNTARIA EN CONTRA DE LA INDICACIÓN DEL EQUIPO
MÉDICO TRATANTE
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-027 V1 04-10-2021**

Número de Cédula de Ciudadanía _____