

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO A CARGO DE TERCEROS (NO AMBULANCIA)

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca del procedimiento que se llevará a cabo.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico denominado como

_____, informado adecuadamente por el/la Dr./Dra.

_____, solicito en consecuencia de ello y autorizo mi externación de este establecimiento y el traslado a cargo de mi familiar cuyo nombre consignaré al pie del presente documento.

Mi traslado se realiza en destino a _____.

- 2) La entidad que me otorga cobertura de salud me ha informado que el traslado se realiza bajo mi propia voluntad, luego de ser informado/a de los riesgos que atribuyen esta decisión, estando mi traslado a cargo de un tercero, por lo que renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza en contra de esta institución, con motivo en los daños que directa o indirectamente se me pueda ocasionar desde que tome intervención la persona designada, siendo a exclusivo cargo de la referida asumir todas las consecuencias que se le puedan atribuir.
- 3) Dejo constancia que el traslado desde esta institución no implica que se me haya otorgado el alta médica, sino que se realiza para continuar mi tratamiento.
- 4) Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento y/o traslado en ambulancia, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Firma: _____

DATOS DEL FAMILIAR/ACOMPÑANTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____