

RECHAZO INFORMADO DE TRASLADO PARA INTERNACION EN LA INSTITUCIÓN

El siguiente formulario es completado por aquellos pacientes que, derivados desde otro establecimiento, han concurrido a la institución para la realización de determinado estudio o práctica ambulatoria y se niegan a aguardar su traslado al establecimiento de origen.

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 de su decisión.

El rechazo 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 negación sobre la atención o internación del paciente para su intervención, 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 RECHAZO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Dejo constancia que, habiendo sido trasladado a este establecimiento por la empresa _____ con el fin de que se me efectuaran los siguientes estudios y/o prácticas _____.
- 2) Hago constar que tales estudios y/o prácticas efectivamente me han sido realizadas en esta institución, tras lo cual el personal médico de la misma me ha informado acerca de la necesidad de que aguarde al servicio de ambulancia que me trajera hasta aquí, a fin de que el mismo proceda a trasladarme nuevamente a la institución de nombre _____ de la cual fui derivado, en la cual deberé continuar mi tratamiento médico, sin perjuicio de que permaneceré bajo el cuidado y eventual atención de esta institución hasta que arribe la ambulancia.
- 3) Se me han explicado los riesgos y consecuencias que puedo padecer en caso de no posibilitar la continuidad de mi tratamiento, pese a lo cual manifiesto expresamente mi voluntad de retirarme de inmediato de esta institución, negándome en consecuencia a que la empresa que tiene a cargo mi traslado a otra institución efectúe el mismo.
- 4) Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi decisión genere sobre mi estado de salud, deslindando de toda responsabilidad a ésta institución, y a los profesionales médicos, técnicos y auxiliares que me han atendido.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

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: _____