

RECHAZO INFORMADO DE TRASLADO POR SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA O EMERGENCIA

El siguiente formulario es completado por aquellos pacientes que se niegan a que el Servicio de Atención de Urgencia o Emergencia Médica los traslade a determinada institución asistencial para continuar su tratamiento.

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 he sido atendido/a por el/la Dr./Dra. _____, quien me ha explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico o afección, el cual es denominado _____, como así también la necesidad de ser trasladado de inmediato en ambulancia para mi internación en _____.
- 2) El profesional mencionado en el punto anterior me ha explicado la naturaleza y propósitos del traslado propuesto, y los riesgos y consecuencias de no aceptarlo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Específicamente se me ha aclarado que está a disposición el medio adecuado de traslado, y que de no continuar de inmediato el tratamiento en una institución médico asistencial corro grave riesgo de que mi cuadro empeore, con grave riesgo para mi salud o vida. No obstante, lo antedicho, **me niego a consentir el traslado indicado y mi internación Institucional.**
- 3) 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 al/los médicos que hasta el momento 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: _____