

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. 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.
2. 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.
3. 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/ACOMPAÑANTE**

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**