

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO A CARGO DE TERCEROS**

**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 del servicio de ambulancia de la

empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con destino a \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. La entidad que me otorga cobertura de salud me ha informado que el traslado en ambulancia está a cargo de una empresa y profesionales ajenos a esta institución, por lo que renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza en contra de esta última, con motivo en los daños que directa o indirectamente se me pueda ocasionar desde que tome intervención la ambulancia y su personal médico y/o paramédico, siendo a exclusivo cargo de la referida empresa de traslado asumir todas las consecuencias que se le puedan atribuir respecto de una adecuada prestación de su servicio.
2. También dejo constancia que el traslado en ambulancia 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 propuesto, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

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