

## FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO ASISTENCIAL

CÓDIGO: IJR-PAD-CEX-FT-63

VERSIÓN: V 01

MACROPROCESO: ASISTENCIAL

CONSTANCIA DE RETIRO VOLUNTARIO DE PACIENTES O NEGACIÓN PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES ENFERMERÍA - TERAPIA FÍSICA – TERAPIA RESPÍRATORIA – TERAPIA OCUPACIONAL - TERAPIA DE LENGUAJE TERMINACION DE RELACION Y RESPONSABILIDADES ASISTENCIALES

En mi condición de Paciente y / o Familiar cuidador Responsable, en total y pleno uso de mis facultades mentales:  HAGO CONSTAR  PRIMERO: Que en ejercicio de la libertad legal para decidir en nombre propio o como Familiar Cuidador responsable, PRESCINDO de los servicios del Médico Tratante, Auxiliar de enfermería, Terapeuta Respiratoria, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de consulta externa, he resuelto, como en efecto lo hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por conducto de sus profesionales.  SEGUNDO: Que la IPS JAH RAFA, ha respetado la decisión anterior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertido que por terminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales. LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la atención del paciente, NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS REACCIONES ADVERSAS Y EVENTUALES COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DEL CUAL TENGO PLENO GONOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.  TERCERO: Que por las razones anteriores, con pleno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  NOMBRE DEL PACIENTE:  FIRMA DEL ACUDIENTE / O RESONSABLE:  FIRMA DEL ACUDIENTE / O RESONSABLE:  FIRMA DEL ACUDIENTE  CC. No DE	FECHA: Bogotá D. C.;		Historia Clínica Nro.
PRIMERO:  Tratante, Auxiliar de enfermería, Terapeuta Respiratoria, Terapeuta Coupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de consulta externa, he resuelto, como en efecto lo hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por conducto de sus profesionales.  **SEGUNDO:**  Que por Ierminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales, LA IPS JAH RAFA, ha respetado la decisión anterior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertidad que por terminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales, LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la atención del paciente, NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS REACCIONES ADVERSAS Y EVENTUALES COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DEL CUAL TENGO PLENO CONOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.  **TERCERO:**  Que por las razones anteriores, con pieno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  **NOMBRE DEL PACIENTE:**    NOMBRE ACLUDIENTE:**   NOMBRE ACLUDIENTE:**   PIRMA DEL ACUDIENTE:**   FIRMA DEL ACUDIENTE	Nombre Paciente	e y / o familiar cuidador Respons	ble
PRIMERO:  Que en ejercicio de la libertad legal para decidir en nombre propio o como Familiar Cuidador responsable, PRESCINDO de los servicios del Médico Tratante, Auxiliar de enfermería, Terapeuta Respiratoria, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de consulta externa, he resuelto, como en efecto lo hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por conducto de sus profesionales.  SEGUNDO:  Que la IPS JAH RAFA, ha respetado la decisión anterior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertido que por terminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales, LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la atención del paciente, NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS REACCIONES ADVERSAS Y EVENTUALES COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DEL CUAL TENGO PLENO CONOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.  TERCERO:  Que por las razones anteriores, con pleno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  NOMBRE DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE:  FIRMA DEL ACUDIENTE Y/O RESONSABLE:  FIRMA DEL ACUDIENTE  CC. No DE DE  ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.	Edad	Teléfono	Dirección:
HAGO CONSTAR  PRIMERO: Que en ejercicio de la libertad legal para decidir en nombre propio o como Familiar Cuidador responsable, PRESCINDO de los servicios del Médico Tratante, Auxiliar de enfermería, Terapeuta Respiratoria, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de consulta externa, he resuelto, como en efecto lo hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por conducto de sus profesionales.  SEGUNDO: Que la IPS JAH RAFA, ha respetado la decisión anterior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertido que por terminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales, LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la atención del paciente, NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS REACCIONES ADVERSAS Y EVENTUALES COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DEL CUAL TENGO PLENO CONOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.  TERCERO:  Que por las razones anteriores, con pleno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  NOMBRE ACUDIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE  CC. No DE  ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo	Yo,		, identificado con la CC de
PRIMERO:  Que en ejercicio de la libertad legal para decidir en nombre propio o como Familiar Cuidador responsable, PRESCINDO de los servicios del Médico Tratante, Auxiliar de enfermería, Terapeuta Respiratoria, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de consulta externa, he resuelto, como en efecto lo hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por conducto de sus profesionales.  SEGUNDO:  Que la IPS JAH RAFA, ha respetado la decisión anterior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertido que por terminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales, LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la atención del paciente, NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS REACCIONES ADVERSAS Y EVENTUALES COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DEL CUAL TENGO PLENO CONOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.  TERCERO:  Que por las razones anteriores, con pleno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  NOMBRE DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE:  FIRMA DEL ACUDIENTE Y/O RESONSABLE:  FIRMA DEL ACUDIENTE  CC. No DE DE  ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.	En mi condición	de Paciente y / o Familiar cuidad	Responsable, en total y pleno uso de mis facultades mentales;
Que en ejercicio de la libertad legal para decidir en nombre propio o como Familiar Cuidador responsable, PRESCINDO de los servicios del Médico Tratante, Auxiliar de enfermería, Terapeuta Respiratoria, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de consulta externa, he resuelto, como en efecto lo hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por conducto de sus profesionales.  SEGUNDO:  Que la IPS JAH RAFA, ha respetado la decisión anterior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertido que por terminarse de esta manera la relación de prestación de servicios asistenciales. LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la atención del paciente, NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS REACCIONES ADVERSAS Y EVENTUALES COMPLICACIONES QUE PUDIERAN PRESENTARSE, DEL CUAL TENGO PLENO CONOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.  TERCERO:  Que por las razones anteriores, con pleno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  NOMBRE DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE:  FIRMA DEL PACIENTE  FIRMA DEL PACIENTE  FIRMA DEL ACUDIENTE Y/O RESONSABLE:  FIRMA DEL ACUDIENTE Y/O RESONSABLE:  FIRMA DEL ACUDIENTE  CC. No. DE  ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo			HAGO CONSTAR
FIRMA DEL PACIENTE, FIRMA DEL ACUDIENTE  CC. No DE  ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo  Nombre y Firma del Testigo	Que en ejercicio Tratante, Auxilia consulta externa conducto de sus SEGUNDO: Que la IPS JAH que por terminar	r de enfermería, Terapeuta Resp a, he resuelto, como en efecto l profesionales.  RAFA, ha respetado la decisión a rse de esta manera la relación d	ratoria, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta de Lenguaje, Terapeuta Física, a nivel domiciliario o de hago, NEGARME A RECIBIR ATENCIÓN que LA IPS JAH RAFA me ha venido prestando por interior autorizando LA NO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, Pero previamente me han advertido prestación de servicios asistenciales, LA IPS JAH RAFA y los profesionales que intervienen en la
Que por las razones anteriores, con pleno conocimiento de los efectos que mi decisión pueda acarrear, asumo totalmente la responsabilidad por la consecuencia que implica mi VOLUNTARIA DECISIÓN DE NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA IPS JAH RAFA.  NOMBRE DEL PACIENTE:    NOMBRE ACUDIENTE Y / O RESONSABLE:   FIRMA DEL ACUDIENTE	PRESENTARSE	, DEL CUAL TENGO PLENO CC	IOCIMIENTO, debido a que me lo han explicado y soy totalmente consciente de esto.
FIRMA DEL PACIENTE, NOMBRE ACUDIENTE Y/O RESONSABLE: FIRMA DEL ACUDIENTE, FIRMA DEL ACUDIENTE  CC. No DE  ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo  Nombre y Firma del Testigo	Que por las razo	•	
ESPACIO PARA DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR  Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo  Nombre y Firma del Testigo			
Los suscritos testigos DECLARAMOAS que el paciente a quien se refiere la constancia que antecede, a pesar de que los profesionales de la IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo  Nombre y Firma del Testigo	CC. No	DE	DE
IPS JAH RAFA, le hizo advertencias y explicaciones en ellas señaladas se NEGÓ A FIRMAR.  Nombre y Firma del Testigo  Nombre y Firma del Testigo		ESPACIO PAR	A DILIGENCIAR CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR
		•	·
CC: CC:	Nombre y Firma	a del Testigo	Nombre y Firma del Testigo
	CC:		CC: