

	<b>FORMATO DISSENTIMIENTO INFORMADO ASISTENCIAL</b>	<b>CÓDIGO: IJR-PAD-CEX-FT-63</b> <b>VERSIÓN: V 01</b>
	<b>MACROPROCESO: ASISTENCIAL</b>	

CONSTANCIA DE RETIRO VOLUNTARIO DE PACIENTES O NEGACIÓN PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

ENFERMERÍA - TERAPIA FÍSICA – TERAPIA RESPIRATORIA – TERAPIA OCUPACIONAL - TERAPIA DE LENGUAJE

TERMINACION DE RELACION Y RESPONSABILIDADES ASISTENCIALES

FECHA: Bogotá D. C.;

Historia Clínica Nro. \_\_\_\_\_

Nombre Paciente y / o familiar cuidador Responsable \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la CC. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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 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:

NOMBRE ACUDIENTE Y / O RESONSABLE:

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_,

FIRMA DEL ACUDIENTE \_\_\_\_\_

CC. No \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

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

CC:

CC: