


| | | | |
|---|---|---|------------------------------|
|  Ministerio de Salud República de Colombia | FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES | | |
| | FR - HOIN - 68 | Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/---- | Versión: 01 Página 1 de 3 |

FORMATO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO
INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION

FECHA: 27/04/18 HORA: / /

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y Apellido del paciente: Francisco Ernesto Rueda Moreno

Tipo documento: CC Identificación: 11449399

Edad: 33 Género: M X F RH: O+

EPS: Convida

Procedimiento de traslado:

Observaciones:

Unidad de Origen: _____

Unidad de Destino: _____

Entidad de origen: _____

Entidad de destino: _____

Motivo del traslado: _____


DIAGNOSTICOS y/o Situación e salud

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

| | | |
|---|--|----------------------|
|  Ministerio de Salud República de Colombia | FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO | |
| | INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES | |
| FR - HOIN - 68 | Original: 29/06/2017 | Versión: 01 |
| | Actualización: --/--/---- | Página 2 de 3 |

✦ Riesgos durante el traslado: Existen situaciones propias del medio de transporte como rotura del vehículo, accidente de tránsito, etc. También existen riesgos vinculados a su condición de salud, como son:

Ninguno

Para lo cual se puede requerir. Inmovilización, sedación, administración de documentos o

Ninguno

✦ Profesional que deriva: _____

✦ Personal de salud que acompaña: _____

✦ Acompañante del paciente (si la situación lo permite): _____


MUY IMPORTANTE • Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional no dude en preguntarle a su médica/o.

• Si considera que ha sido debidamente informado/a y consiente o rechaza libremente el traslado y/o derivación que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, una para la Institución y otro para usted.

[Firma] 11430233
 Firma y cedula de familiar paciente
 (Acudiente, representante legal)

 Firma y cedula de Médico

 Firma y cedula de Paciente (si se requiere)

| | | | |
|---|---|--|---|
|  Ministerio de Salud Pública República de Cuba | FORMATO CONSENTIMIENTO/DISENTIMIENTO INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION DE PACIENTES | | |
| | FR - HOIN - 68 | Original: 29/06/2017 Actualización: --/--/--- | Versión: 01 Página ³ de 3 |

DISSENTIMIENTO INFORMADO

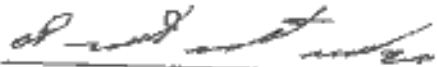
B) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO / DISENTIMIENTO Se me explicó la situación de salud, de _____ el motivo del traslado y/o derivación. Comprendí la información que se me dio y pude preguntar mis dudas, las cuales me fueron aclaradas.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el traslado y/o derivación, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

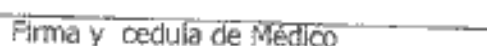
Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marque con una x)

☒ No acepto que se realice mi traslado y/o derivación.



Firma y cedula de familiar
(Acudiente, representante legal)


Firma y cedula de Médico

Firma y cedula de Paciente (si se requiere)