

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2015 Actualización: -/-/-	Versión: 01 Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facatativa, traslado que se realizará por parte de la institución y el cual se será informado previo al traslado.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione de su persona a terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizará todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores lo soliciten a la dirección de la clínica.

Que este es un procedimiento al cual se accede de manera voluntaria, del cual se puede desistir en caso en que se tome la decisión, con el conocimiento de lo que esto puede implicar en la salud del paciente.

Al firmar este documento doy constancia de que se me han informado y explicado los puntos anteriormente estipulados, así mismo que se me ha dado la oportunidad de plantear las preguntas pertinentes de manera abierta y han sido resueltas de manera clara y satisfactoria. De la misma manera declaro que entiendo que la medicina no es una ciencia exacta, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

[Firma]

Firma del Paciente:

CC. o Huella:

Hauricio Bolanos R.

Nombre del Paciente:

[Firma]

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

[Firma]

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

41323144

CC. o Huella:

[Firma]

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____

Pablo A. Pérez Rodríguez

MEDICO GENERAL

Nombre del médico

Cc

Pablo A. Pérez Rodríguez

MEDICO GENERAL

112854354

Firma y sello

Registro profesional