




| | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|
|    | FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA Y ADICCIONES | | |
| | FR – HOFA – 01 | Original: 02/05/2018 Actualización: --/--/---- | Versión: 01 Página 2 de 3 |

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 ~~centro~~ 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.

Su ingreso al Programa Renacer es **VOLUNTARIO**, al firmar este documento acepta y acata el Manual de Convivencia, las fallas o incumplimientos son motivos de Expulsión del Programa.

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 programa y firmo a continuación:

Nicolas mauricio

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 1006825 589

nicolas mauricio Rincon A

Nombre del Paciente:

Emin Al Rincón

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

NIKOL. MAURICIO RINCON

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

791856.749 etc.

CC. o Huella:

PIADRE.

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

Se firma a los 22 días del mes de junio del año 2018

Clínica Cely 6

Nombre del médico

Cc

2016036454

Firma y sello

Registro profesional



Dra. Cely Cely Guzmán
Médico General
R.M. 1.016.036.454