

 	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION	
	FR - H01N - 01	Original: 21/09/2016 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 cual le 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 el 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 del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella:

*Laura Megonales*

*Laura Megonales*

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

*411564943*

*Mama*

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

Se firma a los 27 días del mes de Junio del año 2012

*Jorge Enrique Montero Diaz*

Nombre del médico

Cc

Dr. Jorge Enrique Montero Diaz

Médico General

Universidad de Manizale

C.C. 1607578305

Firma y sello

Registro profesional