

 INSTITUCIÓN DE SALUD HOSPITALIZACIÓN	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE		
	HOSPITALIZACIÓN		
FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016	Versión: 03	
	Actualización: -/-/-	Página 2 de	

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facativá, 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 deslitr 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 comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

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

Pablo Ceballos Muñoz

Firma del Paciente:

CC. o Huella: 7770544207.

Pablo Ceballos Muñoz

Nombre del Paciente:

Liliana Ramos Quiñones

Firma del Testigo o Responsable del Paciente:

Liliana Ramos

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

770643483

CC. o Huella:

Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por:

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

Nombre del médico

CC

Medico General
C.M. 822741

Firma y sello
Registro profesional