

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - NOIN - 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 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 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:

Firma del Paciente:

CC. o Huella:



Nombre del Paciente:

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

CC. o Huella:

El paciente no puede firmar por:

Relación con el paciente:

Se firma a los 01 días del mes de MAYO del año 2018

Jairo Garay Manrique

Nombre del médico


CC

Jairo Garay Manrique

MEDICO GENERAL

C.C. 1.402.819.542

Registro profesional

	FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		
	FR - HOIN - 04	Original: 21/09/2016 Actualización: --/--	Versión: 01 Página 3 de 3

DISENTIMIENTO

Después de haber recibido la información, de haber preguntado decido no hospitalizar a

_____ con CC _____

Conozco y me fueron explicados los riesgos de no aceptar la hospitalización y asumo la responsabilidad de llevarme a mi familiar.

Firma del Paciente:

CC. o Huella: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: _____

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. _____

Firma y sello

Registro profesional