

 FORMATO CONSENTIMIENTO/ DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN	FR - HO2N - 04	Original: 21/09/2015	Versión: 03
		Actualización: -/-/-	Página 2 de

Durante el proceso terapéutico se podrá requerir del traslado a la sede hospitalaria de Facultativa, 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: _____ Nombre del Paciente: _____
 CC. o Huella: _____

Marlen Rincon Marlen Rincon
 Firma del Testigo o Responsable del Paciente Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

39766946 39766946
 CC. o Huella: Relación con el paciente:

El paciente no puede firmar por: _____

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

M [Firma]
 Nombre del médico Firma y sello
 CC. Registro profesional