

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

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.

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:

\* JOHN Jairo Rodriguez Arias

Firma del Paciente:

Nombre del Paciente:

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Esméralda Rodríguez Arias

Firma del Testigo o Responsable del Paciente

Nombre del Testigo o Responsable del Paciente

1073231872

CC. o Huella: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

El paciente no puede firmar por: \_\_\_\_\_

Se firma a los 25 días del mes de JUNIO del año 2018

Juan C Cuellar H

Nombre del médico

Cc

75064578

Dr. Juan C. Cuellar Hernandez  
Parquetra  
C.C 75064578  
Reg. 15185/1346

J. Arias

Firma y sello

Registro profesional