

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-AMB-03

Traslado de Paciente

Rev. 00

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales
Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo

Declaro que he sido informado de mi estado de salud y de las condiciones necesarias para mi recuperación, por lo cual acepto trasladarme a otro centro de salud dejando libre de responsabilidad al HCVM Hospital Clínico Viña del Mar.

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **TRASLADO DE PACIENTE**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **TRASLADO DE PACIENTE**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, el consentimiento prestado con fecha _____ y no deseo proseguir con el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico