

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION

Ud. presenta una condición de salud la cual por diversos motivos, entre ellos cuestiones relacionadas a la complejidad de la institución, necesidad de estudios complementarios, tipo de tratamiento que necesita, etc, no pueden ser resueltos en el lugar de consulta/atención inicial, y es necesario un traslado a otra institución.

1) INFORMACIÓN GENERAL

Diagnóstico y/o situación de salud:

Motivos del traslado y/o derivación:

Riesgos durante el traslado: Existen situaciones propias del medio de transporte como rotura del vehículo, accidente de tránsito, etc. También existen riesgos vinculados a su condición de salud:

Profesional que deriva: _____

Personal de salud que acompaña: _____

Acompañante de la persona paciente (si la situación lo permite): _____

Institución a la que se traslada: _____

Se me explicó mi situación de salud, el motivo del traslado y/o derivación. Comprendí la información que se me dio y pude preguntar mis dudas, las cuales me fueron aclaradas.



MUY IMPORTANTE

Si tiene alguna inquietud o necesita alguna información adicional no dude en preguntarle a la persona profesional a cargo de su derivación.

Si considera que ha recibido la información correctamente y consiente o rechaza libremente el traslado y/o derivación que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, una para la institución y otro para usted.

B) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO / RECHAZO

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el traslado y/o derivación, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marque con una x)

❖ **Doy mi consentimiento** para la realización del **traslado y/o derivación.**

❖ **No acepto** que se realice mi **traslado y/o derivación.**

Lugar y fecha

Firma y aclaración persona paciente

Firma y aclaración representante legal
(En caso de menor de 16 años o incapacidad)

Firma y aclaración
profesionales intervinientes