

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO INTER (INTRA) HOSPITALARIO DE PACIENTES

FECHA: ___/___/___ HORA: ___/___

CÓD.CRC05114

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Género: M F

Procedimiento de traslado: _____

Tipo: TAB: _____ Medicalizado: _____ Aéreo: _____ Fluvial: _____

Observaciones: _____

Unidad de Origen: _____ Entidad de Origen: _____

Unidad de Destino: _____ Entidad de Destino: _____

Motivo del traslado: _____

DIAGNOSTICOS:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

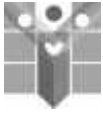
Nombre del Representante Legal, tutor: _____

Parentesco: _____

2. REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/ RECHAZO (DESISTIMIENTO)

Declaro libre y voluntariamente:

1. Haber entregado al médico tratante y/o equipo de salud en forma veraz, completa y fidedigna toda la información requerida y necesaria para el manejo de mi estado de salud e historia clínica.
2. Que tras la valoración médica se decide el traslado dada la gravedad de la situación clínica, por su necesidad terapéutica o pruebas diagnóstica
3. Haber sido debida y completamente informado(a) sobre todos los aspectos relacionados al Procedimiento de Traslado y sus riesgos, entre otros:
 - a. Los generales que implica la atención asistencial de personas en el área de salud como caídas, desplazamiento de dispositivos médicos como tubos endotraqueal, vías venosas periféricas, catéteres venosos centrales, sondas de alimentación, sondas vesicales y/o uretrales, drenajes pleurales, entre otros; fallas de equipos, reacciones adversas a medicamentos o insumos, y otros que aún estando bajo vigilancia y control de calidad permanente, son un riesgo inevitable dentro del quehacer asistencial.



- b. Los generales de índole médico dependientes de la enfermedad de base y de los requerimientos de monitorización y tratamiento que ésta determina. Así como aquellos asociados a otros factores de la condición de salud y patologías previas que pueden o no haber sido diagnosticadas y que pueden generar riesgos o complicaciones de un modo inevitable e imprevisible durante la realización del procedimiento como en la etapa posterior a éste.
- c. Molestias propias de un traslado vía terrestre o aérea, entre otros: sensación de abombamiento o dolor de oídos, sequedad ambiental, mareos, náuseas, sensaciones térmicas de frío o calor, aquellas producidas por el ruido y vibraciones propias del vehículo de transporte utilizado.
- d. Incumplimiento en itinerarios como retrasos, suspensiones o cambios de destino por razones de índole médicas, de tráfico, climatológicas u otras de fuerza mayor.
- 4. Haber sido informada de la necesidad de intercambio de información clínica y de aseguramiento, necesaria para mi atención y obtención de beneficios al respecto entre los equipos médicos tratantes del Hospital e Yopal ESE, de traslado así como con mi aseguradora.

He comprendido las explicaciones que me han proporcionado en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo y acepto el alcance y los riesgos del traslado.

También entiendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo a pesar de haberseme explicado y entendido que la realización del traslado/remisión es necesaria por razones médicas importantes para mi salud, igualmente el médico tratante me ha explicado que los riesgos de rechazar ésta y que mi decisión de no permitirla es.

Por tanto, en tales condiciones: **CONSIENTO** ____ **NO Consiento** ____ que se efectúe el traslado identificado precedentemente.

Firma del Paciente
C.C.

Firma del Testigo
C.C.

Firma del Médico RM
C.C.