

**ANEXO B - CONSENTIMIENTO ATENCIÓN POR SERVICIO DE EMERGENCIA**

....., ...../...../.....

1.- Yo, .....(poner el nombre completo del paciente), siendo las ..... horas, autorizo el traslado por el Servicio Médico de Emergencia a ....., por padecer el siguiente cuadro/ patología: .....

2.- El profesional del Servicio Médico de Emergencia me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento y/o traslado propuestos, los riesgos y consecuencias de no realizar el mismo, y las eventuales complicaciones que se me pueden presentar durante su desarrollo.

3.- Dejo constancia que no se me ha prometido resultado o garantía de ninguna índole con respecto al servicio que se me presta, y reconozco que la medicina es una ciencia biológica; y como tal sujeta a provocar diferentes reacciones en distintos pacientes ante idénticos estudios, tratamientos o medicación. Asimismo dejo expresado que el servicio de emergencia ha concurrido a atenderme en tiempo razonable, y de acuerdo al requerimiento que se le efectuó.

4.- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento y/o traslado en ambulancia propuesto, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

.....  
**Firma paciente**

.....  
**Firma Testigo**

.....  
Aclaración de firma

.....  
Aclaración de firma

.....  
Documento

.....  
Documento

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....