

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 concuro 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: