

ANEXO A -CONSENTIMIENTO RECHAZO DEL SERVICIO DE TRASLADO O EMERGENCIA

...../...../.....

1.- Yo,, DNI, declaro que tras haber sido revisado, he sido informado/a por el Dr./Dra.sobre la necesidad de tratarme y/o transportarme por el Servicio Médico de Emergencia a..... por padecer el siguiente cuadro / patología:

2.- El Profesional mencionado en el punto anterior me ha explicado la naturaleza y propósitos del tratamiento y/o traslado propuesto, y los riesgos y consecuencias de no aceptarlo. **No obstante lo antedicho, me niego a consentir la realización del tratamiento y/o traslado en ambulancia arriba mencionada.**-----

3.- 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.-----

4.- Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa genere sobre mi estado de salud, deslindando de toda responsabilidad a los médicos que hasta el momento me han atendido en este establecimiento. -----

.....
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: