	NOMBRE <b>CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO INGRESO AL PROGRAMA DE CUIDADO PALIATIVO</b>		CÓDIGO <b>08-3-FT-0040</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MISIONAL</b>	VERSIÓN 001

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha d \_\_\_\_ m \_\_\_\_ a \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ No. Celular: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PACIENTE Y/O CUIDADOR**

1. Comprendo la naturaleza del diagnóstico actual de la enfermedad.
2. Se me ha explicado y he entendido las diferentes alternativas de tratamiento y la condición actual de la enfermedad.
3. Se me ha explicado y he entendido la naturaleza y propósitos del programa de cuidado paliativo.

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

**Riesgos, efectos secundarios y/o posibles complicaciones** (los más frecuentes, potencialmente serios y los más graves) más importantes derivadas del cuidado paliativo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Se me ha explicado y he entendido los riesgos y complicaciones más importantes derivadas del cuidado en el programa de cuidado paliativo.
- Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado de la atención en el programa de cuidado paliativo.
- Se me han aclarado todas las dudas con respecto a mi enfermedad, procedimientos y síntomas asociados.
- Declaro que soy mayor de edad y me encuentro en pleno uso de mis capacidades mentales y no actúo bajo presión de ninguna índole.
- Se me ha explicado que es necesario el acompañamiento del cuidador quien tendrá el compromiso de apoyar el tratamiento del paciente, realizar trámites de autorizaciones, copagos, cuotas moderadoras y los demás que se requieran para dar continuidad al programa. Autorizo al personal médico y paramédico para realizar el tratamiento y/o el procedimiento descrito arriba y todos los procedimientos complementarios que sean necesarios según mi condición clínica y los exonero de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones derivadas a mi actual estado de salud. Autorizo para que los profesionales que participaran en mi intervención dispongan de los componentes anatómicos.

	NOMBRE <b>CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO INGRESO AL PROGRAMA DE CUIDADO PALIATIVO</b>		CÓDIGO <b>08-3-FT-0040</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MISIONAL</b>	VERSIÓN 001

**DECLARACIÓN PERSONAS EN INCAPACIDAD DE DECISIÓN O MENORES DE EDAD.**

El paciente \_\_\_\_\_ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar atención por cuidado paliativo. El médico me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve el programa, tratamiento y/o procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, YO \_\_\_\_\_ con No. Identificación \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que los médicos y profesionales de SOCIMEDICOS S.A.S y el personal auxiliar, lo ingresen al programa de cuidado paliativo.

**FIRMA TUTOR LEGAL Y/O FAMILIARES (EN CASO DE MENOR DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR AMBOS PADRES)**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No. Identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma testigo: \_\_\_\_\_ No. Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Por último, se me dio la oportunidad de preguntar y mis dudas han sido resueltas en su totalidad.**

**SI** Autorizo a los médicos, y personal asistencial ingresarme al programa de cuidado paliativo. Así mismo, si en el momento de la atención surgiera alguna complicación o imprevisto, podrán realizar todos los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución, con el fin de restablecer mi salud por intermedio del ejercicio legal de su profesión y con el apoyo de otro profesional, si se requiere.

**NO** Autorizo a los médicos, y personal asistencial, a ingresar a cuidado paliativo y me hago responsable de las posibles consecuencias que esto puede traer.

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

He informado al paciente el propósito y naturaleza de la hospitalización día, tratamiento y/o procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Para constancia, firma el presente documento:

FECHA: D \_\_\_ M \_\_\_ A \_\_\_ \_\_\_\_\_

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

N° documento: \_\_\_\_\_

FECHA: D \_\_\_ M \_\_\_ A \_\_\_ \_\_\_\_\_

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

N° documento: \_\_\_\_\_

FIRMA DE MEDICO

RM