

	NOMBRE		CÓDIGO
	<b>CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN</b>		
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 003
	<b>FORMATO</b>	<b>MISIONAL</b>	

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

Nombre: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Y/O el señor: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

En calidad de representante legal, familiar o allegado.

#### DECLARAN:

Que el doctor \_\_\_\_\_ Identificado con C.C. N°: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ RM \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario/conveniente  
 realizar, por mi situación la hospitalización en sala general en donde se incluyen los procedimientos:

- Reanimación cardio-pulmonar avanzada.
- Inserción de catéteres (urinario, gástrico, venoso periférico).
- Glucometría.
- Terapia respiratoria.
- Terapia física.
- Toma de muestras para laboratorio.
- Uso de la historia clínica para análisis.
- Administración de medicamentos.

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la atención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto médico a lo largo del proceso de atención, de acuerdo a la situación vital de cada paciente. Siendo todo proceso de intervención instaurado como terapéutica en busca de mejorar mi estado de salud.

Al firmar acepto que he leído y comprendido el presente documento y **estoy de acuerdo** con la internación en Hospitalización

\_\_\_\_\_  
 FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE

Al firmar acepto que he leído y comprendido el presente documento y **NO estoy de acuerdo** con la internación en hospitalización y eximo a la IPS CLÍNICA SAN RAFAEL y al personal médico y paramédico de cualquier responsabilidad médico legal que en el futuro se relacione a esta decisión.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE