

	NOMBRE CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN		CODIGO 03-FT-063
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSION 2
			FECHA DE VIGENCIA 06/07/2016

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 SOCIMEDICOS S.A.S 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