

**El siguiente Formulario es completado por aquellos pacientes que, derivados desde otro establecimiento, han concurrido a la institución para la realización de determinado estudio o práctica ambulatoria y se niegan a aguardar su traslado al establecimiento de origen.**

<b>RECHAZO DE TRASLADO PARA INTERNACION INSTITUCIONAL.</b>
--

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

**1.** Yo, ....., DNI ....., declaro haber sido trasladado a este establecimiento por.....  
.....(nombre de empresa de traslado), a fin de que se me efectuaran los siguientes estudios o prácticas indicados por mi médico de cabecera, a saber:

.....  
.....

**2.** Hago constar que tales estudios y/o prácticas efectivamente me han sido realizadas en esta institución, tras lo cual personal médico de la misma me ha informado acerca de la necesidad de que aguarde al servicio de ambulancia que me trajera hasta aquí, a fin de que el mismo proceda a trasladarme nuevamente a la institución de la cual fui derivado (.....-nombre de la misma-), en la cual deberé continuar mi tratamiento médico, sin perjuicio de que permaneceré bajo el cuidado y eventual atención de esta institución hasta que arribe la ambulancia.

**3.** Se me han explicado los riesgos y consecuencias que puedo padecer en caso de no posibilitar la continuidad de mi tratamiento, pese a lo cual manifiesto expresamente mi voluntad de retirarme de inmediato de esta institución, negándome en consecuencia a que la empresa que tiene a cargo mi traslado a otra institución efectúe el mismo.

**4.** Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi decisión genere sobre mi estado de salud, deslindando de toda responsabilidad a ésta institución, y a los profesionales médicos, técnicos y auxiliares que me han atendido.

.....  
**Firma paciente**

.....  
Aclaración de firma

.....  
Documento

.....  
Domicilio

.....  
Teléfono

.....  
**Firma Testigo** (familiar o enfermero)

.....  
Aclaración de firma

.....  
Documento

.....  
Domicilio

.....  
Teléfono

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro 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: .....