

El siguiente Formulario es completado por aquellos pacientes que se niegan a que el Servicio de Atención de Urgencia o Emergencia Médica los traslade a determinada institución asistencial para continuar su tratamiento.

RECHAZO DE TRASLADO POR SERVICIO DE ATENCIÓN DE URGENCIA O EMERGENCIA.

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

1. Yo,, DNI, declaro que tras haber sido atendido por el **Dr./Dra.**, quién me ha informado en términos claros y sencillos el diagnóstico o afección que padezco (.....), como así también sobre la necesidad de que sea trasladado de inmediato en ambulancia para mi internación institucional en(nombre del establecimiento asistencial en el que se produciría la internación para continuar con el tratamiento).

2. El Profesional mencionado en el punto anterior me ha explicado la naturaleza y propósitos del traslado propuesto, y los riesgos y consecuencias de no aceptarlo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente. Específicamente se me ha aclarado que está a disposición el medio adecuado de traslado, y que de no continuar de inmediato el tratamiento en una institución médico asistencial corro grave riesgo de que mi cuadro empeore, con grave riesgo para mi salud o vida. **No obstante lo antedicho, me niego a consentir el traslado indicado y mi internación Institucional.**

3. 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 al/los médicos que hasta el momento me han atendido.

.....
Firma paciente

.....
Aclaración de firma

.....
Documento

.....
Domicilio

.....
Teléfono

.....
Firma Familiar

.....
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 porque, tras su lectura y plena comprensión, he decidido bajo mi exclusiva responsabilidad no posibilitar que el paciente cuyo nombre completo se ha consignado precedentemente sea trasladado a los fines indicados.

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: