



## FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADO PARA TRASLADO Y/O DERIVACION

### 1) INFORMACIÓN GENERAL

- Diagnóstico y/o situación de salud:

---

---

- Motivos del traslado y/o derivación:

---

---

- **Riesgos durante el traslado:** Existen situaciones propias del medio de transporte como rotura del vehículo, accidente de tránsito, etc. También existen riesgos vinculados a su condición de salud:

---

- Profesional que deriva: \_\_\_\_\_
- Personal de salud que acompaña: \_\_\_\_\_
- Acompañante del paciente (si la situación lo permite): \_\_\_\_\_
- Institución a la que se traslada: \_\_\_\_\_

### MUY IMPORTANTE

- Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional no dude en preguntarle a su médica/o.
- Si considera que ha sido debidamente informado/a y consiente o rechaza libremente el traslado y/o derivación que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, una para la institución y otro para usted.

### B) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO / RECHAZO

Se me explicó mi situación de salud, el motivo del traslado y/o derivación. Comprendí la información que se me dio y pude preguntar mis dudas, las cuales me fueron aclaradas.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el traslado y/o derivación, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marque con una x)

- ❖ Doy mi consentimiento para la realización del **traslado y/o derivación**.

- ❖ **No acepto** que se realice mi **traslado y/o derivación**.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/los  
profesionales intervinientes