

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRASLADO DE PACIENTES

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: .....Apellidos .....

### 2.- INFORMACIÓN GENERAL.

En Clínica Río Blanco por indicación del médico tratante se me ha informado la necesidad de trasladarme o trasladar a mi familiar hacia un centro de mayor complejidad y se me ha entregado la información que considero adecuada en forma verbal y ha contestado, en forma para mi satisfactoria, todas mis dudas.

1. Declaro haber entregado al médico y/o equipo de salud tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.
2. Haber sido debida y completamente informado(a) sobre todos los aspectos concernientes al Procedimiento de Traslado y sus riesgos entre otros:
  - a. Los generales que implica la atención asistencial de personas en el área de salud como caídas, desplazamiento de dispositivos médicos como, tubos endotraqueales, vías venosas periféricas, sondas de alimentación, drenajes pleurales, entre otros; fallas de equipos, reacciones adversas a medicamentos o insumos, y otros que aún estando bajo vigilancia y control de calidad permanente, son un riesgo inevitable dentro del quehacer asistencial.
  - b. Los generales de índole médico dependientes de la enfermedad de base y de los requerimientos de monitorización y tratamiento que ésta determina. Así como aquellos asociados a otros factores de la condición de salud y patologías previas que pueden o no haber sido diagnosticadas y que pueden generar riesgos o complicaciones de un modo inevitable e imprevisible durante la realización del procedimiento como en la etapa posterior a éste.
  - c. Molestias propias de un traslado vía terrestre, entre otros: sensación de abombamiento o dolor de oídos, sequedad ambiental, mareos, náuseas, sensaciones térmicas de frío o calor y aquellas producidas por el ruido y vibraciones propias del vehículo de transporte utilizado.
  - d. Incumplimiento en itinerarios como retrasos, suspensiones o cambios de destino por razones de índole médicas, de tráfico, climatológicas u otras de fuerza mayor.
3. Haber sido informada la necesidad de intercambio de información clínica y previsional necesaria para mi atención y obtención beneficios previsionales entre los equipos médicos tratantes del centro de origen, de traslado y del centro de destino así como con mi institución de salud previsional.
4. El tratamiento médico de la enfermedad, considerando los beneficios y los posibles riesgos en relación a la terapia y las consecuencias de rechazar el traslado.
5. Los costos económicos asociados al traslado.

Durante el traslado podré, cuando lo requiera, y estime conveniente pedir información adicional acerca del traslado, así como negarme a ser trasladado bajo mi responsabilidad previa conversación con el médico tratante, lo que será debidamente documentado por mí en el documento de Rechazo o revocación de consentimiento informado.

### 3. DECLARO

Declaro haber sido debidamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento de traslado a otra institución que el equipo de salud me ha dado a conocer y me han explicado sobre mi estado de salud o el estado de salud de mi familiar y de las condiciones necesarias para la recuperación, por lo cual acepto el traslado a otro centro de salud.

El traslado se efectuará a.....

### 4. CONSENTO

En Los Andes .....de..... del 201.....

RUN. .... Firma Paciente.....

### REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: ..... Apellidos.....,

RUN. .... Firma Representante legal.....

### IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. .... Firma médico.....