

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, C.I. N° _____ y Yo _____, C.I. N° _____ Familiares (indicar relación con el paciente) _____ de _____ autorizamos su traslado a _____.

El Dr. (a): _____ nos ha explicado la necesidad de efectuar el traslado y los riesgos potenciales del procedimiento y estando en conocimiento de ellos, autorizamos realizar todas las acciones necesarias para realizar el traslado.

El Dr. (a): _____ nos ha indicado el centro al que nuestro hijo será trasladado, nos ha informado su dirección, teléfonos y nos ha informado el nombre del médico tratante que se hará cargo de la atención de nuestro hijo(a).

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del familiar responsable.

Fecha: ____ / ____ / ____