Lo invitamos a leer el presente formato que tiene por objetivo garantizar el respeto a sus derechos y decisiones, durante la atención que se realiza en la ESE Departamental Solución Salud.

|  |
| --- |
| SOBRE MI ESTADO DE SALUD: tengo (describa) |
|  |
|  |
| EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO ES: |
|  |
|  |
| LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO SON: |
|  |
|  |
| LOS RIESGOS AL REALIZARLO SON: |
|  |
|  |
| LOS RIESGOS AL NO REALIZARLO SON: |
|  |
|  |
| LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PROPUESTO SON: |
|  |
| Existe la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento, en tal caso debo informar mi decisión al médico tratante. |

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se describe, y AUTORIZO \_\_\_\_ O RECHAZO \_\_\_\_ (marque con X) que el personal asistencial del hospital realice mi atención. Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas a cerca de mi condición y de los procedimientos que serán realizados, de los riesgos que ellos conllevan, y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento o desistimiento informado, que en este último caso he sido informado sobre la ley 1220 de 2008 en la cual se establece el riesgo judicial en el que puedo estar inmerso(a) toda vez que mi decisión tiene implicaciones sobre la salud pública ya que viola una medida sanitaria o facilita la propagación de epidemia (art 368 y 369). (En caso de personas con afectación mental, firma su representante legal)

Índice derecho usuario

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y apellidos paciente |  |
| Documento identidad |  |
| Teléfono |  |
| Firma |  |
| Nombres y apellidos representante legal |  |
| Documento identidad |  |
| Teléfono |  |
| Firma |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres, apellidos y documento del funcionario |  |
| Firma y/o sello |  |

Dada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha (día, mes y año) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_