



Affix Patient Label

Name: _____ Date of Birth: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO

1. Información general:

Nombre del paciente _____

Diagnóstico: _____

Establecimiento actual: _____

Establecimiento _____

médico de destino: _____

Medio de traslado: Transporte aéreo Transporte terrestre

(helicóptero)

(ambulancia)

2. Estado de salud y necesidad de traslado:

Yo, el paciente cuyo nombre se consigna arriba o, en caso de que el paciente no se hallare en pleno uso de sus facultades para otorgar el presente consentimiento, su cónyuge, padre o madre, familiar o tutor, declaro haber sido informado acerca de mi estado de salud y comprendo que, por tal motivo, es necesario mi traslado al establecimiento médico indicado. Asimismo, comprendo que el médico ha recomendado mi traslado por los medios especificados desde el establecimiento actual hasta el lugar de destino consignado, a fin de profundizar el diagnóstico, tratamiento y atención.

3. Riesgos del traslado:

Comprendo que el traslado conlleva ciertos riesgos, entre los que figuran:

- a) riesgos generales en relación con el transporte, lo que incluye posibles averías en el equipo y/ o el vehículo médico, accidentes de tránsito, condiciones climatológicas adversas y la interrupción del tratamiento durante el traslado;
- b) riesgos vinculados con el estado de salud del paciente, como un posible empeoramiento de su condición general y/ o la falta de medios para tratar o diagnosticar de forma adecuada un cuadro médico que surja durante el traslado, debido a la ausencia de equipos o instalaciones médicas de alta complejidad en el vehículo;
- c) otros riesgos inherentes que, de existir, puedan ser previstos en virtud del estado de salud del paciente, sobre el que he sido informado por el médico actuante.

Declaro que todas las preguntas formuladas al médico en relación con el traslado han sido respondidas a mi entera satisfacción.

4. Consentimiento para el traslado y la atención médica:

Entiendo que los servicios que se ofrecerán al paciente en el establecimiento médico de destino contemplan los riesgos mencionados, por lo que autorizo el traslado a dicho establecimiento bajo los cuidados médicos necesarios. Comprendo que se asignarán empleados contratados de forma independiente para cumplir con el traslado.

5. Autorización de tratamientos:

Por medio del presente, autorizo la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos de emergencia y el suministro de sangre o sus derivados si el personal médico lo considera beneficioso para el paciente, tanto durante el traslado como al llegar al establecimiento médico de destino.

6. Consentimiento para la divulgación de información:

Autorizo a Bronson Hospitals y al establecimiento actual a divulgar información médica según resulte necesario dentro de lo razonable o en caso de haber sido solicitada, a las personas o entidades relacionadas con la atención médica del paciente o responsables de abonar los servicios suministrados. Por medio del presente, eximo a Bronson Hospitals y al establecimiento actual de toda responsabilidad en lo concerniente a la divulgación de tal información, y comprendo que ni estas entidades ni sus empleados serán responsables por la posible divulgación de la información médica por parte de terceros.

Affix Patient Label

7. Autorización para el traslado:

Declaro haber leído y comprendido el presente documento, y he sido notificado del diagnóstico y los eventuales riesgos del traslado. Acepto y brindo mi consentimiento para la prestación de atención médica al paciente según lo consignado en la presente autorización. Declaro no haber recibido ninguna garantía o promesa respecto de los resultados finales.

8. Otras especificaciones: _____

TESTIGO (S)

Paciente o persona autorizada para brindar el consentimiento en su nombre

Fecha: _____

Si el que suscribe es un tercero,
indicar el vínculo con el paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____