

CONSENTIMIENTO DE EXTERNACION Y TRASLADO POR TERCEROS

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,, D.N.I., he sido informado/a en términos claros y sencillos por el Dr./a..... sobre mi diagnóstico (.....) y acerca de cómo debe continuar mi tratamiento médico, tras lo cual solicito y en consecuencia autorizo mi externación de este establecimiento y el traslado por el servicio de ambulancia de la empresa con destino a (*consignar destino del paciente: domicilio particular o el nombre del Establecimiento al que se lo deriva*).

2. La entidad que me otorga cobertura de salud me ha informado que el traslado en ambulancia está a cargo de una empresa y profesionales ajenos a esta institución, por lo que renuncio a efectuar reclamo de cualquier naturaleza en contra de esta última, con motivo en los daños que directa o indirectamente se me pueda ocasionar desde que tome intervención la ambulancia y su personal médico y/o paramédico, siendo a exclusivo cargo de la referida empresa de traslado asumir todas las consecuencias que se le puedan atribuir respecto de una adecuada prestación de su servicio.

3. También dejo constancia que el traslado en ambulancia desde esta institución no implica que se me haya otorgado el alta médica, sino que se realiza para continuar mi tratamiento.

4. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento y/o traslado en ambulancia propuesto, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

.....
Firma paciente.....
Aclaración y documento.....
Domicilio.....
Teléfono**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento porque bajo mi exclusiva responsabilidad he decidido posibilitar y/o proceder a que el paciente cuyo nombre completo se ha consignado precedentemente se retire de la institución bajo las condiciones y circunstancias arriba expuestas.

(1) Firma: **(2) Firma:****Aclaración:** **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

