



MOVICARE TRASLADO DE PACIENTE CRITICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTE

FECHA: ___ / ___ / ___

Paciente D/Dña: _____ Edad: _____ RUT: _____

D/Dña: _____ de _____, RUT: _____
(Edad)

en calidad de _____
(Representante Legal, familiar o allegado).

Procedimiento de Traslado:

Tipo (Aéreo – Terrestre): _____

Unidad de Origen: _____ Hospital/Clínica de Origen: _____

Unidad de Destino: _____ Hospital/Clínica de Destino: _____

DECLARO libre y voluntariamente:

1.- Haber entregado a mi 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 riesgo 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 endo-traqueales, vías venosas periféricas, catéteres venosos centrales, 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 o aérea, 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 de la necesidad de intercambio de información clínica y previsual 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 previsual.

He comprendido las explicaciones que se me han entregado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del traslado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se efectúe el traslado identificado precedentemente.

Nombre y Firma Médico Tratante o Representante Equipo Tratante: _____

Firma Paciente o Representante Legal: _____

Nombre y Firma Representante Equipo de Traslado: _____