

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRASLADO ENTRE CENTROS

I. SOLICITUD DE TRASLADO POR PACIENTE NO ESTABILIZADO

Reconozco que mi estado clínico ha sido evaluado por y me lo ha explicado _____
NOMBRE DEL MÉDICO

que me ha recomendado y ofrecido llevar a cabo exámenes médicos y tratamiento adicionales, y que me ha informado acerca de la obligación del hospital de proporcionarme tratamiento de estabilización.

Me han explicado, y comprendo absolutamente, los beneficios potenciales de dicho examen médico y tratamiento adicional, así como los riesgos potenciales asociados con el traslado a otro centro. A pesar de entenderlo, me niego a dar consentimiento para el examen médico y tratamiento adicional que me han ofrecido y solicito el traslado a:

NOMBRE DEL CENTRO RECEPTOR

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL
PERSONA QUE FIRMA EN NOMBRE DEL PACIENTE

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA/HORA

II. CONSENTIMIENTO PARA EL TRASLADO

Reconozco que mi estado clínico ha sido evaluado por y me lo ha explicado _____
NOMBRE DEL MÉDICO

que ha recomendado que se me traslade para recibir los servicios de _____
NOMBRE DEL MÉDICO RECEPTOR

en _____
NOMBRE DEL CENTRO RECEPTOR

Me han explicado, y comprendo absolutamente, los beneficios potenciales de dicho traslado, los riesgos potenciales asociados con el traslado, así como los probables riesgos de no acceder al traslado. Conociendo, y habiendo entendido esto, acepto y doy consentimiento para el traslado.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA/HORA

III. CONSENTIMIENTO PARA EL TRASLADO

Reconozco que mi estado clínico ha sido evaluado por y me lo ha explicado _____
NOMBRE DEL MÉDICO

que ha recomendado que se me traslade a _____
NOMBRE DEL CENTRO RECEPTOR

Me han explicado, y comprendo absolutamente, los beneficios potenciales de dicho traslado y los riesgos probables de no ser trasladado. Si bien el médico antes mencionado considera que el traslado es lo mejor para mí, me niego a ser trasladado y solicito continuar recibiendo el tratamiento en esta institución.

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA/HORA



REGISTRO DE TRASLADO ENTRE CENTROS

Hospital receptor		Nombre/Título del médico receptor			Fecha
Nombre de la persona de contacto		Título			
Nombre del paciente (Apellido)		<i>(Primer nombre)</i>	Sexo	Fecha de nac.	N.º de exp. méd.
Dirección		Dpto.	Ciudad	Estado	N.º de teléfono
Persona más cercana (Nombre)			Relación	N.º de teléfono	Se notificó <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo del traslado					
<input type="checkbox"/> Cama no disponible		<input type="checkbox"/> A pedido del paciente/familiar		<input type="checkbox"/> A pedido del seguro	
				<input type="checkbox"/> Servicio no disponible (Especificar el motivo del traslado):	
RESUMEN MÉDICO					
Diagnóstico					
Antecedentes médicos (incluir alergias, medicamentos que toma)					
Hallazgos físicos y tratamiento final (incluye medicamentos, fluidos IV, sangre administrada, resultados de laboratorio y radiografías, procedimientos realizados)					
Documentos enviados con el paciente			Estado del paciente al momento del traslado		
<input type="checkbox"/> Radiografías para el traslado		<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio		<input type="checkbox"/> Formulario de consentimiento	
<input type="checkbox"/> Copia del historial de Sala de Emergencias				<input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno	
Autorización para el traslado					
Se ha estabilizado al paciente, de manera que, dentro de las probabilidades médicas razonables, no ocurra un deterioro importante del estado del paciente como consecuencia del traslado o que ocurra durante este. (Una paciente en estado de trabajo de parto activo se considera estabilizada si ha dado a luz y ha expulsado la placenta).					
<input type="checkbox"/> El paciente (o la persona legalmente responsable que actúa en nombre del paciente) da el consentimiento para el traslado. Se debe completar el formulario de consentimiento para el traslado.					
Aprobación del médico _____					
		FIRMA	TÍTULO	FECHA	
Administrador/ Supervisor de enfermería _____					
		FIRMA	TÍTULO	FECHA	

