



DISENTIMIENTO INFORMADO PARA REMISION

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre)

RECHAZO SER REMITIDA A:

El Doctor(a) _____
Me ha explicado claramente y yo he entendido que la remisión es necesaria por razones médicas.

Igualmente el doctor(a) me ha explicado que los riesgos de rechazar la remisión y de mi decisión de permanecer en esta institución son:

ACEPTO ESTOS RIESGOS BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD.

Firma del paciente)
CC. #

Firma acompañante
CC. #
En calidad de: _____

Firma del médico
Reg.

Ciudad, fecha y hora _____

Institución _____ Historia Clínica # _____