

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO VOLUNTARIO DE PACIENTE INTERNO

NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	GÉNERO
NOMBRE DEL PROGRAMA DEL CONDADO	NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO BASE		NÚMERO DE LA UNIDAD DE SERVICIO DE BASE		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	FECHA DE ADMISIÓN		NÚMERO DE ADMISIÓN		

## INSTRUCCIONES

**ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO SE LE DEBE EXPLICAR SU TRATAMIENTO, Y DEBE RECIBIR UNA COPIA DE SU DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE. EL INFORME DE SU EVALUACIÓN INICIAL Y EL PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO DEBEN SER LLENADOS Y FIRMADOS POR USTED Y EL MÉDICO.**

## CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA TRATAMIENTO DE PACIENTE INTERNO

Para la persona arriba mencionada, que es:  Un adulto de 18 años de edad o más o  
 Una persona que tiene al menos 14 años de edad y aún no cumple los 18 años de edad

Doy mi consentimiento para el tratamiento, el cual me ha sido explicado, incluyendo el tipo de medicamentos, los procedimientos de la evaluación, y los tipos de restricciones que corresponden; y

Entiendo que para poder abandonar el hospital antes de ser dado de alta, debo presentar un aviso por escrito con \_\_\_\_\_ horas de antelación a los responsables de mi tratamiento; y  
(HASTA 72 HORAS)

Confirmando que he recibido una explicación sobre mis derechos y responsabilidades como paciente de este hospital.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA FIRMA

Para la persona arriba mencionada, que es:  Un menor de 14 años de edad

Doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo(a) o pupilo, el cual me ha sido explicado, incluyendo el tipo de medicamentos, los procedimientos de la evaluación, y los tipos de restricciones que corresponden; y

Entiendo que para poder llevarme a mi hijo(a) o pupilo del hospital antes de ser dado de alta, debo presentar un aviso por escrito con \_\_\_\_\_ horas de antelación a los responsables de su tratamiento; y  
(HASTA 72 HORAS)

Confirmando que he recibido una explicación sobre los derechos y responsabilidades como paciente de este hospital para mí y para mi hijo(a) o pupilo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE:

\_\_\_\_\_  
FECHA DE LA FIRMA

PADRE O

TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMÓ ARRIBA

# EVALUACIÓN INICIAL Y PLAN DE TRATAMIENTO

**RESULTADOS INICIALES:**

**DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO:**

**DESCRIPCIÓN DE LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES PROPUESTAS:**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO/FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE/PADRE/O TUTOR/FECHA

Cualquier persona que conscientemente proporciona información falsa en este formulario podrá ser procesada.