

I. Datos personales del paciente	
Fecha (Día/Mes/Año): <u>2013-10-30</u> Nombre completo: <u>Claudia Leticia Ducasana Aguilar</u>	
Documento de Identidad: No <u>519 47886</u> RC <u>TI</u> CE <u>CCX</u> PA <u>MS</u> AS <u>CD</u> Sexo: M <u>FX</u> Edad: <u>46 años</u>	
Celular: <u>3225088234 (eposo)</u> Teléfono: <u>3261402</u> Email: <u>cabbyfra@yahoo.com</u>	
Dirección: <u>Mzn 41 Casa 4 Jardín Etapa 1</u> Ciudad/Municipio: <u>Pedernales</u>	
II. Información del Procedimiento	
Prestación de Servicio a Distancia	b) Descripción
TELECONSULTA	Prestación de servicio de medicina especializada a distancia que permite al médico general buscar la mejor solución en la necesidad de salud del paciente.
c) Consecuencias Seguras	d) Riesgos Típicos
Garantizar un manejo integral del paciente desde su fase de diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación	No lograr las metas propuestas en el cuidado de su salud, aparición de complicaciones propias de su condición de salud particular, reacciones adversas a los manejos y tratamientos instaurados, deterioro de su estado de salud.
e) Riesgos Personalizados (si no aplica escriba NINGUNO)	
III. Declaración del Paciente	
1. Aceptación	
Declaro haber sido informado(a) del envío de información de mi historia clínica y en general de mi estado de salud para que por medio del procedimiento denominado TELECONSULTA (sincrónica / asincrónica), el médico especialista en <u>ginecología</u> analice mi caso clínico. Comprendo plenamente que es una modalidad de valoración médica la cual acepto como parte del diagnóstico o tratamiento médico recibido.	
<p style="text-align: center;"><i>Paciente</i></p> <p>Nombre: <u>Claudia Ducasana</u></p> <p>Firma: <u>[Firma]</u></p> <p>N° Identificación: <u>51947886</u></p>	<p style="text-align: center;"><i>Representante Legal o Familiar</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>N° Identificación: _____</p> <p>Parentesco: _____</p>
2. No Aceptación	
Consecuencias probables y graves de no aceptar	
Deterioro de la condición de salud, aparición de complicaciones asociadas a la enfermedad actual.	
Por medio del presente documento manifiesto que se me ha explicado adecuadamente lo concerniente a mi enfermedad y la necesidad de recibir consulta especializada mediante la modalidad de TELECONSULTA, su objetivo y alcance además de los riesgos para mi vida y mi salud en caso de no aceptar. Se me ha respetado el derecho a la libre elección como paciente y/o representante legal o familiar.	
Sin embargo No Acepto que se realice la TELECONSULTA.	
Entiendo las consecuencias de la decisión tomada que quedan bajo mi responsabilidad. Confirmando que se me han aclarado las dudas que han surgido y en consecuencia firmo de forma voluntaria como manifiesto de mi negación a recibir los servicios de salud señalados.	
Certifico que el presente documento lo he leído y lo he entendido a cabalidad.	
<p style="text-align: center;"><i>Paciente</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>N° Identificación: _____</p>	<p style="text-align: center;"><i>Representante Legal o Familiar</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>N° Identificación: _____</p> <p>Parentesco: _____</p>
IV. Información de los Profesionales de la Salud	
<p style="text-align: center;"><i>Información de quien explica el consentimiento informado</i></p> <p>Nombre: <u>[Firma]</u></p> <p>Firma: <u>[Firma]</u></p> <p>Cargo: <u>Dr. General</u></p> <p>Registro: <u>053657</u></p>	<p style="text-align: center;"><i>Información de quien va a realizar el procedimiento</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Registro: _____</p>