



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA
DIRECCION MÉDICA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRASLADO DE
PACIENTES / TRANSFER OF PATIENTS CONSENT LETTER**

Lugar y Fecha / Place and Date: _____
Nombre del paciente / Name of the Patient: _____
No. De Expediente / File Number: _____ Edad / Age: _____ Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____
Identificado con / Identified By: _____
Nombre del Acompañante Responsables / Name of the Companion Responsible: _____ No Aplica / NA
Identificado con / Identified By: _____ Parentesco / Relationship: _____
Representante Legal / Legal Representative: _____ No Aplica / NA
Identificado con / Identified By: _____

Manifiesto que el médico ha respondido a cada una de las preguntas que le he planteado y me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara el plan y proceso de traslado, el cual consiste en lo siguiente:

Tipo de traslado: _____ Tiempo aproximado de traslado: _____ Viaja acompañado de: _____
Hospital de Origen: _____ Hospital Receptor: _____
Diagnóstico(s): _____
Motivo de traslado: _____

I state that the physician has responded to each one of the questions that I have brought up and the proposed transfer plan and process have been explained to me in simple language and in a clear way, which consists of:

Mode of transport: _____ Estimated duration of transfer process: _____ Will be accompanied by: _____
Hospital of origin: _____ Receiving Hospital: _____
Diagnosis: _____
Reason for transfer: _____

Con objeto de (beneficios) _____
With the objective of (benefits) _____

También me informó que todo acto médico de diagnóstico y/o terapéutico, incluyendo el proceso de traslado, lleva implícito posibles riesgos de complicaciones mayores o menores que podrían aumentar la estancia intrahospitalaria, así como requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos. I was also informed that the complete medical and/or therapeutic diagnosis, included the transfer process, carries implicit risks of major and minor complications that could increase the hospital stay, and also require complete medical or surgical treatment.

Las complicaciones más frecuentes que pueden surgir son: _____

The most common complications that can happen are: _____

Otras posibles alternativas: _____
Other possible alternatives: _____

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado y el médico que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado, así mismo autorizo al personal de salud de esta institución para tomar las medidas terapéuticas necesarias en caso de presentarse una situación de urgencia durante el traslado, incluyendo el cambio de Hospital Receptor.

También comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo. Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos del traslado.

I declare that I have understood the explanations that have been given to me and that my attending physician has completed all of the analyses and clarified all of my doubts, and also authorize the health personnel of the establishment to take the therapeutic measures necessary in the case that an emergency situation arises during the transfer process, including Receiving Hospital change.

I also understand that at any moment and without any explanation, I can revoke the consent that I am currently giving.

I state that I am satisfied with the information received and that I understand the complete range of risks from the transfer process.



Carta de Consentimiento para Traslado de Pacientes / Transfer of patients Consent Letter

Lugar y Fecha / Place and Date: _____
Nombre del paciente / Name of the Patient: _____
No. De Expediente / File Number: _____ Edad / Age: _____ Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____

CONSENTIMIENTO/ CONSENT

Por lo antes descrito **ACEPTO** que se realice el procedimiento de traslado que me fue propuesto y que me doy por enterado en mi declaración, así como la atención de contingencias y/o urgencias, todo esto se hace bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Así como me reservo expresamente el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el y/o los procedimientos objeto de este documento sean una realidad.

For which is described above, I **ACCEPT** the proposed transfer plan that will be carried out and I am well-informed in my declaration, as well as the attention to accidents and/or emergencies, all of which are under the ethical principles and scientific medical practice, the aforementioned based upon the clinical record of NOM-004-SSA3-2012.

Due to this I expressly reserve the right to revoke my consent at any moment before the treatment and/or procedures within this document are carried out.

Nombre y Firma del Médico Tratante
Name and Signature of the Treating

Nombre y Firma del Paciente, tutor o representante legal
Name and Signature of the Patient, person responsible or legal
representative

Nombre y Firma del Testigo 1
Name and Signature of the Witness

Nombre y Firma del Testigo 2
Name and Signature of the 2nd Witness

En caso de que el paciente, responsable o representante legal niegue el consentimiento:

Niego la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, o traslado que me fueron explicados y que me doy por enterado en mi declaración, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital una vez que me ha explicado los alcances clínicos del rechazo del acto mencionado y asumo las consecuencias de esta decisión.

In the case that the patient, the person responsible, or the legal representative denies consent:

I **deny** the authorization to carry out the diagnostic procedures and treatment, included the transfer plan that were explained and that I am well-informed in my declaration, exempting the treating physician and hospital of all responsibilities once the clinical significance of the mentioned act has been explained to me and I assume the consequences of this decision.

Nombre y Firma del Médico Tratante
Name and Signature of the Treating

Nombre y Firma del Paciente, tutor o representante legal
Name and Signature of the Patient, person responsible or legal
representative

Nombre y Firma del Testigo 1
Name and Signature of the Witness

Nombre y Firma del Testigo 2
Name and Signature of the 2nd Witness