

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es la autorización que el paciente (o su representante) confiere al profesional de la salud para la realización de procedimiento en **Clínica Las Américas y sus sedes integradas en red**, previa información oportuna, clara y precisa de lo que se le va a realizar.

Fecha \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) RC ( ) TI ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ) cuál \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

¿Autoriza que los datos de su historia clínica sean enviados por correo electrónico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de corresponder a resultados de estudios imagenológicos y diagnósticos, solicito y autorizo que dichos resultados sean entregados a través del portal de pacientes de Clínica Las Américas, con el fin de poder consultar, descargar, guardar e imprimir las imágenes y los resultados *SI*, *NO*

**Verifique que recibió para lectura, conocimiento y aplicación, los documentos “Derechos y Deberes de los Pacientes” y “Normas de Estancia”. En caso contrario por favor solicítelos.**

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZACIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA CON FINES DE INVESTIGACIÓN**

Autorizo a Clínica Las Américas, sus sedes integradas en red y todo su equipo de salud (incluido personal en formación debidamente supervisado) para que mi historia Clínica pueda ser consultada, y los datos consignados en ella puedan ser utilizados en proyectos de investigación científica desarrollados en la Clínica las Américas y sus sedes integradas en red. Entiendo que en ningún caso mis datos personales serán divulgados; que mi autorización representa un aporte valioso para la generación de conocimiento y el progreso de la ciencia; y que mi información personal será tratada conforme a las disposiciones legales de protección de datos y en cualquier momento puedo revocar el consentimiento.

SI ( ) NO ( )

**AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAL EN FORMACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Autorizo a Clínica Las Américas y sus sedes integradas en red para que durante mi proceso de atención puedan participar personal asistencial en formación debidamente supervisado, tales como: residentes, sub-especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería entre otros.

SI ( ) NO ( )

**AUTORIZACIÓN PARA EXPEDIR COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA**

Como paciente o representante conozco el derecho que tengo a que toda información que hace parte de la historia clínica sea manejada de manera confidencial y secreta. Esta información es conocida por el personal de salud (incluyendo personal en formación debidamente supervisado) y administrativo de la Clínica que esté involucrado en la atención que se me preste. Aparte de estos, sólo pueden tener acceso a ella, otras personas que definan la legislación y los autorizados por mí.

SI ( ) NO ( )

En consecuencia, autorizo a expedir copia de mi historia clínica a:

**Nombre** \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) RC ( ) TI ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ) cuál \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) RC ( ) TI ( ) Pasaporte ( ) Otro ( ) cuál \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ), Cédula de extranjería ( ), Pasaporte ( ), Otro ( ) cual: \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Huella \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO**

Este espacio debe ser diligenciado por el representante legal, familiar o allegado del usuario cuando este no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva).

Dado que el beneficiario de la atención es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para lo planteado en lo anterior yo \_\_\_\_\_ con el número de identificación \_\_\_\_\_ en mi calidad de \_\_\_\_\_ (parentesco); de \_\_\_\_\_ (nombre del usuario), doy mi consentimiento a lo planteado en este consentimiento.

Firma del representante legal, familiar y/o allegado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA EL CONSENTIMIENTO**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Cargo

**RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE (representante legal, familiar o allegado)**

Con base en la información anterior, manifiesto que NO ACEPTO el tratamiento médico, procedimiento o intervención propuestos por el profesional de salud tratante. En constancia, firmo aquí.

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ), Cédula de extranjería ( ), Pasaporte ( ), Otro ( ) cual: \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Huella \_\_\_\_\_