Fecha: 2 mes 3 año 26 Lugar: la floresta

Yo Jeferson Garcia Gonzalez mayor de edad, identificado con CC número 1033 expedida en Guasca. en calidad de paciente (_) o responsable (_) (menor de edad, incapacidad física o mental) del paciente _____ identificado con ___ número _____ expedida en _____ de _____ años de edad, DECLARO y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente que he sido informado/a de forma clara por el profesional Diana Mendoza en calidad de Auxiliar de enfermeria. he recibido consejería sobre el procedimiento a realizar covid - influenza.

Sufre de alguna enfermedad SI ( ) NO ( ) cual: Ninguna

Descripción del procedimiento, estudio diagnostico o tratamiento terapéutico: Sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se introduce en el organismo por medio de la vacuna.

Propósito: Proteger de enfermedades que pueden tener complicaciones graves e incluso provocar la muerte.

Beneficios esperados: Construcción de la memoria inmunológica, previene complicaciones de enfermedades.

Riesgos en la aplicación del procedimiento, estudio diagnostico o tratamiento terapéutico: Algunas vacunas pueden tener efectos secundarios los cuales pueden ser: dolor, inflamación, calor y rubor en el sitio de la aplicación, fiebre leve, salpullido u otras.

Riesgos en la no aplicación del procedimiento, estudio diagnostico o tratamiento terapéutico: Contraer enfermedades graves por la no administración de la vacuna, son mucho mayores que el riego que produce su administración.

Posibles molestias: Dolor, inflamación, calor y rubor en el sitio de la aplicación, fiebre leve y salpullido (dependiendo del tipo de vacuna).

Que pude entender, que acepto, respecto de la cual pude formular preguntas y recibir respuestas a satisfacción, Manifiesto que la información que recibí se relaciona con: Garantía de confidencialidad de parte del equipo de salud respecto del manejo y custodia mis datos personales y demás información que Yo entregue, con salvedad de la información que deba ser comunicada a personas, o a las autoridades competentes que deban ocuparse de mi caso. También tras haber sido informada(o) suficientemente de la importancia, de la descripción, de los beneficios, de los posibles riesgos, de los posibles resultados, del proceso y pasos a seguir, de otras opciones de tratamiento alternativas a la intervención que consiento me sea realizada, de la posibilidad de participación de personal en formación y bajo supervisión, actuando en nombre propio ( ) / en calidad de representante legal ( ) de la/del paciente cuyos nombres e identificación están registrados en el encabezado de este documento, autorizo al personal asistencial de esta institución, para que me/le realice el procedimiento, estudio diagnóstico o tratamiento terapéutico arriba nombrado y, -en caso de ser necesario-, tome las medidas y conductas médicas necesarias para salvaguardar mi integridad física, de acuerdo a como se presenten las situaciones imprevistas en el curso del procedimiento, medio diagnostico o tratamiento terapéutico.
Fui informada(o) también qué: a) Puedo denegar mi consentimiento, sin que ello implique desmejora del trato que recibiré de parte del equipo de salud de esta institución, ni negativa de mi parte a recibir otros servicios en salud que requiera y tampoco del equipo de salud a facilitármelos, en tanto estén disponibles, b) Aunque firme en este momento este documento, aceptando me sea(n) realizada(s) la intervención / las intervenciones arriba señalada(s), puedo retirar mi consentimiento de manera parcial o total, en cualquier momento anterior a la realización de la intervención, y sin que para ello precise dar explicaciones o justificar mi decisión, c) Que en caso tal que mi decisión sea retirar, anular, rescindir, derogar, cancelar, disolver, abolir, cesar, invalidar mi consentimiento, habré de dejar constancia de ella por escrito y firmada o con mi huella dactilar, en el aparte de este mismo documento, que hace referencia a "DECISIÓN DE DESISTIMIENTO"

He comprendido a cabalidad todo el documento, he formulado preguntas y dudas que han sido resueltas por el profesional.
ACEPTO SI X NO ___ LA REALIZACION DEL EXAMEN Y DECLARO QUE LA DECISION QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA

Powered by CamScanner

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de los procedimientos o intervenciones que se me han propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo asistencial tratante, del cambio de esta decisión.

Firma del paciente o representante	Huella	Firma del profesional Enfermería	Sello

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Identificada(o) como aparece en este documento, actuando en nombre propio ( ) / en calidad de representante legal ( ) de la/del paciente cuyo nombre e identificación están registrados en el encabezado de este documento, después de recibir información que pude entender, registrada en este documento, que fue suficiente, en cantidad y calidad, respecto de la cual pude formular preguntas y recibir respuestas a satisfacción, relacionada con el propósito, la importancia, los beneficios, los posibles riesgos, los posibles resultados, la descripción del procedimiento, estudio diagnóstico o tratamiento terapéutica, arriba nombrado, las posibles molestias que podría experimentar con ocasión del mismo, la posibilidad de que participe personal en formación y bajo supervisión, manifiesto -de forma libre, informada y consciente-, mi voluntad de negarme a consentir su realización por parte del personal de salud en esta institución., He sido informada(o) que por causa de mi decisión, no cambia la disposición del equipo de salud a proporcionarme las alternativas de atención, con las limitaciones, que mi decisión genera; Manifiesto que me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de los procedimientos o intervenciones que se me han propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo asistencial tratante, del cambio de esta decisión.

..... Firma del paciente o representante	Huella	..... Firma del profesional Enfermería	Sello

DECISIÓN DE DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Identificada(o) como aparece en este documento, actuando en nombre propio ( ) / en calidad de representante legal ( ) de la/del paciente cuyo nombre e identificación están registrados en el encabezado de este documento, después de recibir información que pude entender, registrada en registrada en este documento, que fue suficiente, en cantidad y calidad, respecto de la cual pude formular preguntas y recibir respuestas a satisfacción, manifiesto -de forma libre, informada y consciente-, mi voluntad de retirar mi consentimiento respecto de la realización de la intervención/del procedimiento arriba nombrado, que me/le había sido propuesta(o) realizarme(le). He sido informada(o) que, por causa de mi decisión, no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionarme(le) las alternativas de atención, con las limitaciones, que mi decisión genera; Manifiesto que me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

..... Firma del paciente o representante	Huella	..... Firma del profesional Enfermería	Sello

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA - CENTRO DE SALUD DE GUASCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VACUNACION

Proceso Misional

Version: 03	Código: CR-PS2-F01	Fecha Emisión: 28-06-2018	Página: 1 de 2

Fecha: DD M MES AÑO 26 Lugar: la Florida

Yo Angela Bahan Jomn mayor de edad, identificado con CC numero expedida en en calidad de paciente (__) o responsable (__), (menor de edad, incapacidad física y/o mental), del paciente _____ identificado con ___ numero expedida en _____ de _____ años de edad, DECLARO y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente que he sido informado/a de forma clara por el profesional _____ en calidad de _____, he recibido consejería sobre el procedimiento a realizar

Sufre de alguna enfermedad: si ( ), no ( ) cual _____

Descripción del procedimiento, estudio diagnostico o tratamiento terapéutico: Sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se introduce en el organismo por medio de la vacuna.

Propósito: Protegar de enfermedades que pueden tener complicaciones graves e incluso provocar la muerte.

Beneficios esperados: Construcción de la memoria inmunológica, previene complicaciones de enfermedades.

Riesgos en la aplicación del procedimiento, estudio diagnostico o tratamiento terapéutico: Algunas vacunas pueden tener efectos secundarios los cuales pueden ser: dolor, inflamación, calor y rubor en el silio de la aplicación, fiebre leve, salpullido u otras.

Riesgos en la no aplicación del procedimiento, estudio diagnostico o tratamiento terapéutico: Contraer enfermedades graves por la no administración de la vacuna, son mucho mayores que el riego que produce su administración.

Posibles molestias: Dolor, inflamación, calor y rubor en el silio de la aplicación, fiebre leve y salpullido (dependiendo del tipo de vacuna).

Que pude entender, que acepto, respecto de la cual pude formular preguntas y recibir respuestas a satisfacción, Manifiesto que la información que recibi se relaciona con: Garantía de confidencialidad de parte del equipo de salud respecto del manejo y custodia mis datos personales y demás información que Yo entregue, con salvedad de la información que deba ser comunicada a personas, o a las autoridades competentes que deban ocuparse de mi caso. También tras haber sido informada(o) suficientemente de la importancia, de la descripción, de los beneficios, de los posibles riesgos, de los posibles resultados, del proceso y pasos a seguir, de otras opciones de tratamiento alternativas a la intervención que consiento me sea realizada, de la posibilidad de participación de personal en formación y bajo supervisión, actuando en nombre propio ( ) / en calidad de representante legal ( ) de la/del paciente cuyos nombres e identificación están registrados en el encabezado de este documento, autorizo al personal asistencial de esta institución, para que me/le realice el procedimiento, estudio diagnóstico o tratamiento terapéutico arriba nombrado y, -en caso de ser necesario-, tome las medidas y conductas médicas necesarias para salvaguardar mi integridad física, de acuerdo a como se presenten las situaciones imprevistas en el curso del procedimiento, medio diagnostico o tratamiento terapéutico.
Fui informada(o) también qué: a) Puedo denegar mi consentimiento, sin que ello implique desmejora del trato que recibiré de parte del equipo de salud de esta institución, ni negativa de mi parte a recibir otros servicios en salud que requiera y tampoco del equipo de salud a facilitármelos, en tanto estén disponibles, b) Aunque firme en este momento este documento, aceptando me sea(n) realizada(s) la intervención / las intervenciones arriba señalada(s), puedo retirar mi consentimiento de manera parcial o total, en cualquier momento anterior a la realización de la intervención, y sin que para ello precise dar explicaciones o justificar mi decisión, c) Que en caso tal que mi decisión sea retirar, anular, rescindir, derogar, cancelar, disolver, abolir, cesar, invalidar mi consentimiento, habré de dejar constancia de ella por escrito y firmada o con mi huella dactilar, en el aparte de este mismo documento, que hace referencia a "DECISIÓN DE DESISTIMIENTO"

He comprendido a cabalidad todo el documento, he formulado preguntas y dudas que han sido resueltas por el profesional.
ACEPTO SI____ NO_X_ LA REALIZACION DEL EXAMEN Y DECLARO QUE LA DECISION QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA

Powered by CamScanner

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de los procedimientos o intervenciones que se me han propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo asistencial tratante del cambio de esta decisión.

Firma del paciente o representante	Huella	Firma del profesional Enfermería	Sello

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Identificada(o) como aparece en este documento, actuando en nombre propio ( ) / en calidad de representante legal ( ) de la/del paciente cuyo nombre e identificación están registrados en el encabezado de este documento, después de recibir información que pude entender, registrada en este documento, que fue suficiente, en cantidad y calidad, respecto de la cual pude formular preguntas y recibir respuestas a satisfacción, relacionada con el propósito, la importancia, los beneficios, los posibles riesgos, los posibles resultados, la descripción del procedimiento, estudio diagnóstico o tratamiento terapéutica, arriba nombrado, las posibles molestias que podría experimentar con ocasión del mismo, la posibilidad de que participe personal en formación y bajo supervisión, manifiesto -de forma libre, informada y consciente-, mi voluntad de negarme a consentir su realización por parte del personal de salud en esta institución., He sido informada(o) que por causa de mi decisión, no cambia la disposición del equipo de salud a proporcionarme las alternativas de atención, con las limitaciones, que mi decisión genera; Manifiesto que me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de los procedimientos o intervenciones que se me han propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo asistencial tratante, del cambio de esta decisión.

..... Firma del paciente o representante	Huella	..... Firma del profesional Enfermería	Sello

DECISIÓN DE DESISTIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Identificada(o) como aparece en este documento, actuando en nombre propio ( ) / en calidad de representante legal ( ) de la/del paciente cuyo nombre e identificación están registrados en el encabezado de este documento, después de recibir información que pude entender, registrada en registrada en este documento, que fue suficiente, en cantidad y calidad, respecto de la cual pude formular preguntas y recibir respuestas a satisfacción, manifiesto -de forma libre, informada y consciente-, mi voluntad de retirar mi consentimiento respecto de la realización de la intervención/del procedimiento arriba nombrado, que me/le había sido propuesta(o) realizarme(le). He sido informada(o) que, por causa de mi decisión, no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionarme(le) las alternativas de atención, con las limitaciones, que mi decisión genera; Manifiesto que me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Amerita ..... Firma del paciente o representante	Huella	..... Firma del profesional Enfermería	Sello

Powered by CamScanner