

DOCUMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO INTERCOMUNITARIO

El Dr./Dra..... del hospital
con número de colegiado.....informa al paciente/familiar
D./Dña..... que será trasladado al hospital de referencia de
la Comunidad Autónoma de residencia. Sin existir, debido al traslado, perjuicio alguno en el tratamiento o
continuidad de cuidados en su enfermedad actual (que motiva el ingreso hospitalario).

Se me ha informado de que existen unos riesgos que se pueden producir durante el traslado, debido al
propio transporte (vibraciones, la velocidad, los cambios de temperatura, las aceleraciones y
desaceleraciones del vehículo), los cuales pueden determinar cambios o modificaciones en mi enfermedad
o situación actual (especificar diagnóstico.....).

Durante el traslado, y a consecuencia de éste, puedo tener sensación de mareo, alteraciones o
modificaciones de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, cambios metabólicos
y cambios neurológicos. Todos ellos de diferente gravedad y repercusiones según la enfermedad o situación
(especificar si es necesario).

He comprendido todo lo que se me ha explicado y doy mi consentimiento para el transporte y autorizo al
equipo correspondiente a llevar a cabo el traslado y efectuar los procedimientos terapéuticos adecuados si
los precisase.

Sé también que puedo retractarme de la firma de este consentimiento previo al traslado.

Antes de firmar este documento, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

En, a de de

Firmado
Paciente/familiar
D./Dña.....
DNI.....

Médico del hospital emisor
Dr./Dra.....
Nº de colegiado

REVOCACIÓN

Don/Doña.....(nombre y dos apellidos) de
..... años de edad con DNI..... en calidad de paciente /
familiar.....(parentesco: nombre y dos apellidos).

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir con el
traslado inicialmente autorizado.

En, a de de

Firmado
Paciente/familiar Médico del hospital emisor
D/Dña.....
DNI.....

Médico del hospital emisor
Dr./Dra.....
Nº de colegiado