CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO CON PRESENCIA DE ESTUDIANTES

Usted ha ingresado a una institución, en donde encontrará un personal dispuesto a brindarle toda la atención y los cuidados que requiere para su pronta recuperación. Es para nosotros un placer informarle que la ESE Hospital Santa Margarita es una Institución de carácter Docente Servicio, en la cual siempre existirán estudiantes en proceso de formación académica, acompañados y asistidos siempre por un profesor y/o profesional con alta calidad técnica, científica, moral y ética, valores que son garante de la prestación de los servicios que ofrecemos.

Si usted participa en nuestra institución apoyando el proceso de docencia, habrá más y mejor personal, mejor atención porque hay más personas pensando en su salud; respetamos su derecho a la privacidad y a la intimidad y por ello, al momento de ser atendido manifiéstele al personal SI está de acuerdo con que los estudiantes estén presentes y participen en su atención. Si usted NO lo desea, entenderemos sus motivos y estaremos dispuestos a aceptar su decisión.

Le solicitamos poner una X al frente de su decisión de permitir o no la presencia de los estudiantes en su atención:

Si estoy de acuerdo _____ **No** estoy de acuerdo _____
Observaciones:_____
_____
_____
_____

Nombre Completo del Usuario_____
Número de Identificación_____
Firma del Usuario_____
Fecha _____

EN CASO DE MENOR DE EDAD O CONDICIÓN QUE NO PERMITA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL PACIENTE:

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la presencia de estudiantes en la atención, por tanto yo_____Con documento de identidad No _____doy mi consentimiento para que estudiantes en proceso de formación académica, acompañados y asistidos siempre por un profesor y/o profesional que presencien el proceso de atención.

Firma de familiar: _____ Parentesco _____

VIGILADO Supersalud