

Autorización de atención interconsultor

Nombre y Apellidos del Paciente: _____

Cédula de Identidad del Paciente: _____

Fecha: _____

Por medio de la presente, declaro que el médico o profesional me ha explicado, que según mi diagnóstico o tratamiento se necesita consultar acciones de salud con otro profesional. Previo a mi decisión, he consultado los valores de las prestaciones y las modalidades de pago ofrecidas.

Yo (nombre y apellidos paciente): _____

AUTORIZO

NO AUTORIZO

la atención del interconsultor (nombres y apellidos): _____

Especialidad interconsultor: _____

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad de entendimiento:

Nombre y Apellidos del Representante: _____

Cédula de Identidad Representante: _____

Grado de Parentesco: _____

Firma Representante: _____

Nombre y Apellidos del Médico: _____

Firma Médico: _____

Cédula de Identidad Médico: _____

Fecha: _____

Este documento debe incluirse en soporte papel de Ficha Clínica.