……………………………., …….. de ……………………………… de 20….

DIA MES

(CIUDAD)

……:……

(HORA)

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE NO INSCRIPCIÓN EN LISTA DE ESPERA UNICA NACIONAL**

Yo, ……………………………..………………….….………….……..……..…..; con CC:……………………………..; libre, en forma voluntaria, en pleno uso de mis facultades mentales y de conformidad a lo determinado en la Constitución de la República, Ley Orgánica de Salud y más normativa legal vigente, declaro que el Dr. ……….............................................................. médico/a responsable acreditado/a en el programa de trasplante de …………………………………………………..…, del ................................……………………………………………… me ha:

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

(NOMBRE DEL SERVICIO DE SALUD ACREDITADO)

(PROGRAMA)

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

1. Informado de su obligación para realizar las gestiones necesarias a fin de inscribirme en la Lista de Espera Única Nacional administrada por el INDOT, para un posible trasplante de……………………………………………………………… de acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células.

(ORGANO/ TEJIDO/CELULA)

1. Informado que es requisito indispensable para mi inscripción en la Lista de Espera Única Nacional, la realización de una evaluación pretrasplante, que consiste en una serie de consultas médicas de especialidad, estudios de laboratorio y/o imagen previos y complementarios.
2. Explicado en forma clara, precisa, oportuna y entendible las potenciales ventajas, complicaciones y riesgos tanto del trasplante de ……………………………………………………, así como de continuar con un tratamiento ………………………………………………… alternativo. La evolución razonablemente esperada que de acuerdo a los conocimientos científicos actuales se puede prever tanto si recibo un trasplante/implante como si no lo hago.

(TERAPEÚTICO/PALIATIVO)

(ORGANO/ TEJIDO/CELULA)

1. Explicado que el resultado de mi decisión no modificará o limitará mi derecho al acceso la atención médica.

Por todas y cada una de las consideraciones expuestas:

1. Manifiesto que una vez que he entendido claramente la necesidad de encontrarme inscrito en la Lista de Espera Única Nacional para acceder a un trasplante en el país, declaro que es mi voluntad NO someterme a los estudios pre trasplante y por lo tanto NO someterme al procedimiento quirúrgico para recibir un trasplante, por razones estrictamente personales.
2. Estoy en pleno conocimiento que podré cambiar mi decisión en cualquier momento, debiendo comunicarlo, en ese caso al equipo de profesionales que están llevando mi caso.
3. Que dejo constancia de mi deseo de NO ser incluido en la Lista de Espera Única Nacional.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre completo del paciente Cédula de ciudadanía Firma del paciente o huella

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del profesional acreditado Cédula de ciudadanía Firma, sello y código del profesional

***Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del representante legal Cédula de ciudadanía Firma del representante

Parentesco*:…………………………………………………………..*