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

DIA MES

(CIUDAD)

……:……

(HORA)

**NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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)

(PROGRAMA)

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

(NOMBRE DEL SERVICIO DE SALUD ACREDITADO)

1. Informado de las gestiones realizadas para mi inscripción 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 mantener mi estado de “activo” en la Lista de Espera Única Nacional, la realización de evaluaciones periódicas en el período pretrasplante, que consiste en una serie de consultas médicas de especialidad, estudios de laboratorio y/o imagen complementarios.
2. Explicado en forma clara, precisa, oportuna y entendible las potenciales complicaciones y riesgos en caso de no recibir el trasplante de ……………………………………………………, así como opciones terapéuticas para mi condición en caso de haberlos, y sus potenciales complicaciones y ventajas.

(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:

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida

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

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*:…………………………………………………………..*

***Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:***

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

Nombre completo del testigo Cédula de ciudadanía Firma del testigo

Parentesco*:…………………………………………………………..*