

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COORDINACIÓN CON REDES LOCALES
Equipo de Salud Mental

Estimado paciente, como equipo de salud mental informamos a usted lo siguiente:

1. Que la información de su diagnóstico y tratamiento es confidencial,
2. Que el principio de confidencialidad puede ser quebrantado en caso de que la orden de entrega de información provenga de una orden judicial, y también, en caso de presentarse situaciones en que su integridad física o mental, se encuentren en grave peligro.
3. Que las atenciones terapéuticas que se realizan para favorecer su bienestar tienen un enfoque integral, desde esta perspectiva, en ocasiones se requiere realizar coordinaciones con diferentes redes en las cuales usted se encuentra inserto, específicamente, dispositivos de salud mental, tales como centros de rehabilitación, hospital de día, entre otros. Comprendiendo lo mencionado anteriormente, es que requerimos su autorización expresa para realizar dichas coordinaciones, donde podrían entregarse datos del diagnóstico y tratamiento, por lo que solicitamos completar el siguiente formulario. Esta información será registrada en ficha clínica.

Yo _____ Rut: _____
_____ autorizo (☐) o rechazo (☐) al equipo de salud mental para que realice las coordinaciones necesarias con profesionales de otras instituciones, donde se entregará información del diagnóstico y tratamiento, con el fin de entregar el mejor tratamiento posible.

En caso de rechazar, menciones los motivos:

Manifiesto haber leído y comprendido íntegramente este documento, por lo cual acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Firma: _____

Nombre _____ del _____ profesional responsable: _____

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**