



CONSENTIMIENTO DE DERIVACION MÉDICA

Por la presente declaro y consigno que el Dr..... me ha explicado la necesidad de realizarme el examen y/o procedimientos que no se practica en el Hospital Clínico Fusat.

Dada la importancia del resultado de éste, que puede ayudar a aclarar el diagnóstico y el manejo de mi enfermedad, doy mi consentimiento para que se realice en....., aceptando pagar el costo adicional de este procedimiento. *Este traslado tendrá costos aparte que serán de mi exclusiva responsabilidad el pagarlos*, de acuerdo a mi Plan de salud.

Nombre:

RUT:

Firma:

Rancagua,..... de..... de 20....

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