



CONSENTIMIENTO DE DERIVACION MÉDICA

Por la presente, declaro y consigno que el Dr. :
me ha explicado la necesidad de realizar el examen y/o procedimientos
.....a mí.....Sr.(a).....

Dado que este procedimiento no se practica en el Hospital Clínico Fusat, y la
importancia del resultado de éste, que puede ayudar a aclarar el diagnóstico y
el manejo de su 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:

Parentesco:

Firma:

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

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