

	GESTIÓN ASISTENCIAL: TERAPIA RESPIRATORIA	Código	FR-TR-03
		Versión	01
	DISENTIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA	Fecha	23/01/2017

Yo _____, mayor de edad identificado con C.C. N° _____ de _____, en mi condición de usuario o como responsable del paciente _____ identificado con C.C ó T.I. ó R.C. N° _____ en forma voluntaria disiento de continuar con el tratamiento de oxigenoterapia, el cual recibo por medio de equipos concentradores y/o cilindros de oxígeno suministrados por la IPS Oxivital S.A.

El profesional de la IPS me ha explicado que al no hacer uso de los equipos para la oxigenoterapia según la recomendación médica, me expongo a riesgos como: una mala oxigenación de los tejidos, una falla ventilatoria e incluso a la muerte, si en el momento de una emergencia no tengo los recursos para acceder a la debida asistencia médica de forma oportuna.

ACEPTO ESTOS RIESGOS BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD

HUELLA

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

c.c. _____ expedida en _____

EPS a la que pertenece _____

Firma testigo _____

c.c. _____ expedida en _____

En calidad de: _____

Descripción asesoría _____

Nombre del profesional _____

Firma y sello _____

Lugar, fecha y hora de la recolección de los equipos
