

DECLARACIÓN DE DESISTIMIENTO DE REMISIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN



Yo, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio o en calidad de representación legal o familiar del paciente de _____, declaro que:

1. He sido informado ampliamente de que el tratamiento que requiero debe hacerse en una IPS hospitalaria y que por las condiciones de alta ocupación de la red hospitalaria de la ciudad en la que resido, mi EPS ha realizado la gestión necesaria para remitirme a una IPS de otra ciudad donde hay la disponibilidad de los recursos médicos para entregarme el tratamiento que requiero de acuerdo con la complejidad de mi enfermedad, además ha coordinado el traslado en condiciones seguras, cumpliendo con lo establecido en la normatividad para el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
2. También he sido informado de que el servicio de urgencias en el que me encuentro no es el lugar apto para brindarme el tratamiento que requiero y por el contrario, este es un servicio para atención temporal donde se realiza el manejo inicial y se define la conducta para continuar el tratamiento requerido, por lo tanto la remisión de pacientes a los servicios definidos es indispensable para que el servicio de urgencias tenga la capacidad y disponibilidad para continuar atendiendo los demás pacientes que acudan con una situación de urgencia.
3. Entendiendo los 2 puntos anteriores, he decidido voluntariamente y contrario a la indicación del equipo médico tratante, no acceder a la remisión a otra ciudad para hospitalización, en la cual cuentan con disponibilidad para mi atención.
4. He sido informado por parte del equipo médico tratante y la EPS sobre la naturaleza y el propósito del tratamiento que requiero en la actualidad, así como, los riesgos que implica la decisión por mi adoptada, quienes además respondieron a cada una de mis preguntas al respecto.
5. En virtud de lo anterior, eximo de toda responsabilidad al equipo médico tratante, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud y a mi EPS por las consecuencias que de ello se puedan derivar.

En señal de aprobación, de haber leído y diligenciado los espacios en blanco, firmo la presente declaración en dos ejemplares idénticos, en la ciudad de _____, el día ____ del mes de _____ del año 2021.

**Paciente, representante
legal o familiar responsable**

Nombre y apellido: _____
C.C. _____

Médico tratante

Nombre y apellido: _____
Reg. Méd. _____