



CONSENTIMIENTO DE DERIVACION MÉDICA

Por la presente declaro y consigno que el Dr..... me ha explicado la necesidad de realizarme el examen 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, 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**



CONSENTIMIENTO DE DERIVACION MÉDICA

Por la presente, declaro y consigno que el Dr. :
me ha explicado la necesidad de realizar el examena
mi.....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, 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**