

Santiago de Cali,

\_\_\_\_\_

D    M    A

Yo, \_\_\_\_\_  
identificado con \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ por medio del presente documento autorizo a **REHABILITARTE EN CASA** para que dentro de sus recursos administrativos y asistenciales designe a quien corresponda la realización del (los) procedimiento (s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con una periodicidad de: \_\_\_\_\_ veces por: \_\_\_\_\_

Manifiesto haber recibido por parte del personal de la entidad la explicación, naturaleza, riesgos y/o complicaciones derivadas del (los) procedimiento (s) mencionados y que son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Además acepto y autorizo que durante el tiempo de la intervención mantener en mi domicilio la historia clínica e insumos que a juicio de profesional se necesiten, garantizando la conservación en buen estado de la misma y evitando su uso indebido.

Doy mi consentimiento de manera libre y voluntaria para que el personal de **REHABILITARTE EN CASA** preste los servicios ordenados por el médico tratante y/u otro profesional. Entiendo y acepto que por motivos de la atención pueden generarse reacciones y complicaciones, en todo caso asumo los riesgos derivado de dichos procedimientos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Familiar  
Cedula:

\_\_\_\_\_  
Firma Testigo.  
Cedula:

Elaboro: Lina Nuñez Coordinadora Gestión Humana	Reviso: Aldivier Lugo Coordinador General	Página 1 de 1
Aprobó: Mauricio Tenorio Cabezas Gerente General	Fecha última actualización: 1 junio del 2015	