

PARTE A COMPLETAR POR EL MÉDICO PRACTICANTE

El/La abajo firmante, Sr., Sra., Srta.: ejerciendo en el servicio de en el Centro hospitalario de Périgueux, certifica que el/la Sr., Sra., Srta. (apellidos, nombre, fecha de nacimiento): rechaza los tratamientos propuestos y declara querer abandonar definitivamente el centro. He informado al paciente personalmente, de manera clara, precisa y comprensible, sobre los riesgos médicos a los que se expone y sobre las alternativas terapéuticas.

- Descripción del estado de salud del paciente:
- Tratamientos propuestos por el médico:
- Riesgos médicos vinculados a la salida prematura del paciente:
- Otros elementos de información proporcionados (propuesta de consulta de seguimiento, eventualmente con otro médico, propuesta de transferencia a otro centro, propuesta de un tiempo de reflexión:

Fecha: Firma del médico:

Hora:

PARTE A COMPLETAR POR EL PACIENTE

El/La abajo firmante, Sr., Sra., Srta.: actualmente hospitalizado/a en el Centro hospitalario de Périgueux, rechazo los tratamientos propuestos por el Doctor y declaro querer abandonar el centro. Reconozco haber sido informado/a de manera clara, precisa y comprensible sobre los riesgos médicos a los que me expongo debido a esta salida en contra de la indicación médica. Reconozco que esta decisión la tomo por mi propia voluntad y que va en contra de la opinión del médico. Por este motivo, libero al médico y al hospital de cualquier responsabilidad y de las consecuencias que pudieran resultar de mi decisión. Comprendo que, incluso si firmo este documento podré volver al hospital si lo deseo y que me alientan a que lo haga si quiero hacer cualquier pregunta o tengo el menor problema.

Fecha: Firma del paciente (o representante legal):

Hora:

En caso de rechazo de firma por el paciente:
Nombre y firma de un testigo, miembro del personal hospitalario

- Original a conservar en el historial del paciente
- 1 copia a entregar al paciente
- 1 copia a enviar al médico de cabecera