


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Actividad Docente Asistencial en Centro Médico	FL-DOA-04
		Rev. 01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

INFORMACION GENERAL

El Hospital Clínico Viña del Mar (HCVM) dentro de sus múltiples actividades cuenta con actividades docentes Universitarias en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello para la formación de internos de medicina en su último año de prácticas clínicas en unidades específicas de la institución.


En el sector de Centro médico, en la Consulta de la Dra. Victoria Novik, dado su actividad como medico docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello, se realizan actividades docentes relacionadas con el quehacer específico de su especialidad.

Los pacientes atendidos por la profesional aludida pueden ser atendidos por ésta, en su calidad de docente universitario en compañía de internos en sus últimos años de práctica de Medicina quienes la ayudan durante su labor. Todo esto en un marco absoluto de privacidad, respeto y resguardo de la información personal acorde a la ley de derechos y deberes de los pacientes, y sin modificar las indicaciones ni responsabilidades en las decisiones clínicas dadas por el tratante.

BENEFICIOS

1. Actividad diagnostico terapéutica de alta especialización
2. Mayor control de la evolución del paciente y del proceso diagnostico asociado llegando a un mayor desarrollo de la actividad clínica relacionado con el control de cada paciente.
3. Controles y conductas asistenciales que no molestarán la tranquilidad, descanso y natural privacidad del paciente
4. Opción de rechazo y/o revocación en cualquier momento, de estimarlo pertinente, solicitándose la atención exclusiva por la profesional sin estar acompañada.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Para Actividad Docente Asistencial en Centro</p> <p>Médico</p>	<p>FL-DOA-04</p>
		<p>Rev. 01</p>

DECLARO :

Que se me ha explicado claramente que existe un Convenio Docente Asistencial en el Hospital Clínico Viña del Mar, que presta servicios a los pacientes ambulatorios en la Consulta de la Dra. Novik, y en tales condiciones CONSIENTO que al ser atendido (a), pueda ser evaluado (a) por la Dra. En conjunto con Internos de Medicina durante mi atención en dicha unidad.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO la atención en Compañía de Internos de Medicina con fecha _____
Y deseo ser atendido /a en forma exclusiva e individual por el profesional antes mencionado.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

REVOCAACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo de atención en modalidad Docente Asistencial con fecha _____
Y autorizo ser atendido por la Dra. Novik en conjunto con internos de Medicina.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____