

# Consent to Transfer for Medical Treatment

---

Patient's Name: \_\_\_\_\_

My attending physician is Dr. *(physician name)* \_\_\_\_\_.

My physician has recommended that I should be transferred to *(name of receiving facility)* \_\_\_\_\_ where the

following procedure(s) will be performed *(name of procedure)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ by or under the supervision of Dr. *(name of receiving physician)* \_\_\_\_\_ . I have

separately given my consent for the performance of this procedure(s).

Upon my consent, arrangements will be made to transfer me from this hospital to the facility named above. Before I give consent, I have the right to be informed of any risks or complications which may result from the transfer.

My physician has recommended the following method of transportation *(specify method of transportation)* \_\_\_\_\_ and, except in those cases in which an employee of the hospital accompanies me during the transfer, the hospital does not assume any responsibility for my care during the transfer or during my absence from the hospital.

## Temporary Absence Release for Transfer to Another Facility

Having given my permission to the attending physician(s) and obtained his/her permission to be absent from the hospital for the performance of a medical procedure(s) at *(name of receiving facility)* \_\_\_\_\_

from *(time)* \_\_\_\_\_, *(date)* \_\_\_\_\_ to *(approximately) (time)* \_\_\_\_\_, *(date)* \_\_\_\_\_, I assume

all responsibility for myself during the temporary absence. I hereby release *(name of transferring hospital)* \_\_\_\_\_,

its employees and all attending physician(s) from all responsibility during my absence and for my condition as a result.

(over)

My signature below constitutes my acknowledgment (1) that I have read and agree to the foregoing; (2) that the plans for my transfer and the procedure(s) to be performed following the transfer have been adequately explained to me by my physician; (3) that I have received all of the information I desire concerning such plans and procedure(s); and (4) that I consent to the transfer to the facility named above for the performance of the medical procedure.

The physicians involved in your care are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(*legal representative*)

# Consentimiento de Traslado para Recibir Tratamiento Médico

---

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_

El médico que me atiende es el/la Dr./Dra. (*nombre del médico*) \_\_\_\_\_.

Mi médico recomendó que me trasladaran a (*nombre del establecimiento que lo/la recibe*) \_\_\_\_\_ en donde me realizarán los siguientes procedimientos (*nombre de los procedimientos*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con la supervisión del/de la Dr./Dra. (*nombre del médico que lo/la recibe*) \_\_\_\_\_. He dado mi consentimiento por separado para la realización de estos procedimientos.

Con mi consentimiento, se harán todos los arreglos necesarios para que me trasladen de este hospital al establecimiento mencionado anteriormente. Antes de dar mi consentimiento, tengo derecho a recibir información sobre cualquier riesgo o complicación que pueda surgir del traslado.

Mi médico ha recomendado el siguiente método de transporte (*especifique el método de transporte*) \_\_\_\_\_ y, salvo en los casos en los cuales un empleado del hospital me acompañe durante el traslado, el hospital no asume ninguna responsabilidad sobre mi atención durante el traslado o durante mi ausencia en el hospital.

## Eximición de Responsabilidad por Ausencia Temporal Para Traslado a Otro Establecimiento

Después de haberle dado mi permiso al médico que me atiende y después de haber obtenido su permiso para ausentarme del hospital para que me realicen un procedimiento médico en (*nombre del establecimiento que lo/la recibe*) \_\_\_\_\_ desde (*hora*) \_\_\_\_\_, (*fecha*) \_\_\_\_\_ hasta (*aproximadamente*) (*hora*) \_\_\_\_\_, (*fecha*) \_\_\_\_\_, asumo toda responsabilidad sobre mi persona durante mi ausencia temporal. Por medio de la presente, eximo a (*nombre del hospital desde donde se hace el traslado*) \_\_\_\_\_, sus empleados y a todos los médicos que me atendieron de toda responsabilidad durante mi ausencia y de mi estado de salud como resultado del traslado.

(sobre)

Mi firma a continuación confirma que (1) he leído y estoy de acuerdo con lo que se menciona anteriormente; (2) mi médico me ha explicado de manera adecuada los planes para mi traslado y los procedimientos que se me realizarán después de este traslado; (3) he recibido toda la información relacionada con dichos planes y procedimientos; y (4) doy mi consentimiento para trasladarme al establecimiento que se menciona anteriormente para que se me realicen los procedimientos médicos.

Los médicos que lo/la atienden no son empleados o agentes del hospital. Son médicos independientes.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)