

Formulario de transferencia de pacientes

Este formulario de transferencia de pacientes notifica y autoriza a transferir todos los registros médicos del paciente abajo señalado que se encuentren en su posesión a la clínica nueva abajo indicada para continuar dicho tratamiento.

Datos del paciente

Nombre del paciente (apellidos, nombre)

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Registros médicos del paciente

Por "registros médicos" se entienden, las radiografías, los modelos, las fotografías, historial clínico, plan de tratamiento y tiempo estimado del mismo.

Renuncia al paciente por la anterior clínica

Autorizo la transferencia del paciente indicado anteriormente desde nuestra clínica y entiendo que de esta manera renuncio a la gestión del tratamiento de este paciente.

Nombre de la clínica

Firma o cuño de la clínica

Fecha

Aceptación del paciente por la clínica nueva y por el nuevo Dr.

Acepto la transferencia del paciente indicado anteriormente a mi clínica, incluidos sus registros médicos arriba indicados.

Nombre del Dr.

Nº de Colegiado

Firma del Dr.

Nombre de la Clínica

Dirección de la consulta (incluir calle, ciudad y código postal)

Para el paciente: solicitud y autorización de la transferencia por el paciente

Este formulario de transferencia de pacientes autoriza el intercambio de información, entre la clínica anterior y la nueva clínica, con sus correspondientes registros médicos.

He leído y entendido el contenido de este formulario de transferencia de pacientes y asumo que en la clínica nueva me realicen nuevos registros necesarios para un correcto plan de tratamiento, como radiografías nuevas, fotos y modelos así como la modificación del mismo y de su presupuesto.

Si el paciente no tiene capacidad de obrar suficiente para firmar este formulario, alguno de sus progenitores o su tutor legal también deberán firmarlo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha firmada

Tutor legal, padre o madre, y tipo de relación

Firma del paciente

Fecha firma

