

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS A LOS PACIENTES BENEFICIARIOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD DE LOS CENTROS SANITARIOS AGRUPADOS EN LA CENTRAL PROVINCIAL DE COMPRAS DE HUELVA, MEDIANTE PROCEDIMIENTO ABIERTO Y PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE OFERTAS.

EXPEDIENTE: PA 1312/2025

ANEXO I AL PPT - ALTA VOLUNTARIA – PACIENTE

A. Identificación:

Datos del paciente:

NUHSA:
Nombre:
1^{er} apellido:
2^o apellido:
D.N.I.:
Edad:

Datos del representante (en su caso):

Nombre:
1^{er} apellido:
2^o apellido:
D.N.I.:
En calidad de:

Datos del facultativo responsable:

Nombre:
1^{er} apellido:
2^o apellido:
Número de colegiado:
Unidad/Servicio:

B: Solicitud del paciente:

El paciente, directamente o a través de su representante, SOLICITA el ALTA VOLUNTARIA en contra de la opinión del Facultativo responsable que le atiende, conociendo los riesgos y perjuicios que pueden originarse por no mantener la terapia/tratamiento prescrito, y ejerciendo el derecho a negarse al mismo que le reconoce la normativa vigente.



Motivo de la solicitud (en el caso de que el paciente o su representante desea incluirlo):

C: Consecuencias del Alta Voluntaria:

Ante la solicitud de ALTA VOLUNTARIA realizada por el paciente o su representante (en su caso), el Servicio o Unidad prescriptora de la terapia/tratamiento, queda exento de cualquier responsabilidad por las consecuencias que se deriven del ALTA VOLUNTARIA solicitada por el paciente o su representante, en su caso.

D: Firma de la solicitud de Alta Voluntaria:

El paciente o representante, en su caso:

D. (nombre del paciente o del representante, en su caso)_____, firmo este documento después de haberlo leído y haber tenido la oportunidad de preguntar y aclarar mis dudas y, por tanto, después de haber entendido los posibles efectos adversos de renunciar a la terapia/tratamiento prescrito. Estos posibles efectos quedan reflejados en el informe clínico y hoja de prescripción de la terapia que se le ha entregado, y en caso de duda puede preguntar a su facultativo prescriptor.

Firmado por (nombre paciente o representante) en _____ a _____ de 202

El facultativo responsable:

D. (nombre facultativo responsable)_____, ha informado al paciente y/o a su representante de las consecuencias de solicitar el Alta Voluntaria y la renuncia a la terapia/tratamiento prescrito, y toma en consideración la decisión tomada por el mismo.

Firmado por (nombre del facultativo responsable) en _____ a _____ de 202

<~