



Transfer Consent

Medical Condition:

Condition (Required, Check one): Stable Critical

Diagnosis (Required): _____

Reason for Transfer/Benefit (Required, Check all that apply):

Expedite Bed Assignment Higher Level/Specialty Care Patient Preference Continuity of Care

Other Reason for Transfer (if applicable): _____

Risks:

All transfers have the inherent risks of traffic delays, accidents, bad weather, rough terrain or turbulence, and the limitations of equipment and personnel present in the vehicle if there is a change in my medical condition on the way to the facility.

Other risks including those related to the patient's medical condition (required but if not applicable, leave blank):

Patient Consent to Transfer

The attending physician(s) or designee below have explained to me, in my preferred language, the potential risks and benefits of my transfer specific to my medical condition. I have been given the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered to my satisfaction.

**Patient,* Guardian
or Representative****

_____ *Print name* _____ *Signature* _____ *Date* _____ *Time* _____ *Relationship or "self"*

Signature Witness

_____ *Print name* _____ *Signature* _____ *Date* _____ *Time* Witnessed Patient confirming signature (check box if applicable)

**Preferred Language
Interpreter
Name or Number**

_____ *Print name and/or number* _____ *Signature (if present)* _____ *Date* _____ *Time* Patient refused interpreter (check box if applicable)

Telephone/Video Consent with Representative (Check box if applicable)**

Name of designee appointed by Attending Physician to explain the risks and benefits of transfer for the patient's medical condition if applicable:

_____ *Printed name of designee (If not applicable, leave blank)*

Attending Physician Certification of Transfer

I hereby certify that based on the information available to me at the time of transfer, to a reasonable degree of medical certainty, the expected medical benefits from the provision of appropriate care at another facility outweigh the risk to the individual or unborn child. I have confirmed that this patient/representative** is able to give informed consent. If the patient is unable to provide consent and does not have a representative**, a second attending physician has concurred with the appropriateness of the transfer (Complete FHCDA Form 3). I have explained the risks and benefits of the transfer to the patient/representative** specific to their medical condition. I have offered to answer any questions and have fully answered all such questions. In the event that I was not present when the patient signed the form, I understand that the form is only documentation that the informed consent process took place. I remain responsible for having obtained consent from the patient.

_____ *Print Attending Physician Name*

_____ *Attending Physician Signature*

_____ *Date*

_____ *Time*

*The signature of the patient must be obtained unless the patient is under the age of 18 or lacks capacity.

**Throughout this document, the term "representative" refers to a legally authorized representative or guardian.



Consentimiento de transferencia

Condición Médica:

Condición (obligatorio, marque una opción): Estable Crítica

Diagnóstico (obligatorio): _____

Motivo de transferencia/beneficio (obligatorio, marque todo lo que corresponda):

Asignación rápida de cama Atención de mayor nivel/especializada Preferencia del paciente Continuidad de la atención

Otro motivo de transferencia (si corresponde): _____

Riesgos:

Todas las transferencias tienen los riesgos inherentes de retrasos por el tráfico, accidentes, mal tiempo, terreno accidentado o turbulencia, y las limitaciones del equipo y personal presentes en el vehículo si hay un cambio en mi condición médica en el camino hacia el centro.

Otros riesgos, incluyendo aquellos relacionados con la condición médica del paciente (obligatorio, pero si no corresponde, déjelo en blanco):

Consentimiento del paciente para la transferencia

Los médicos de atención directa o su designado abajo me explicaron, en mi idioma preferido, los posibles riesgos y beneficios de mi transferencia específicos a mi condición médica. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y las respondieron todas satisfactoriamente.

**Paciente,* tutor
o representante****

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Hora

Relación o "el mismo"

Firma del testigo

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Hora

Fue testigo de que el paciente confirmó la firma (marque la casilla si corresponde)

**Nombre o número del
intérprete
del idioma preferido**

Escriba el nombre o el número en letra de molde

Firma (si está presente)

Fecha

Hora

El paciente no quiso tener un intérprete (marque la casilla si corresponde)

Consentimiento por teléfono/video con representante (marque la casilla si corresponde)**

Nombre del designado nombrado por el médico de atención directa para explicar los riesgos y beneficios de la transferencia para la condición médica del paciente, si corresponde:

Nombre en letra de molde del designado (si no corresponde, déjelo en blanco)

Certificación del médico de atención directa de la transferencia.

Por la presente certifico que, según la información que tengo disponible en el momento de la transferencia, con un grado razonable de certeza médica, los beneficios médicos esperados de la prestación de atención médica adecuada en otro centro superan el riesgo para el individuo o el bebé no nacido. Confirmé que este paciente/representante** es capaz de dar su consentimiento informado. Si el paciente no puede dar su consentimiento y no tiene un representante**, un segundo médico de atención directa coincidió con la idoneidad de la transferencia (complete el Formulario 3 de FHCA). Le expliqué los riesgos y beneficios de la transferencia al paciente/representante** específicos de su condición médica. Me ofrecí a responder cualquier pregunta y respondí completamente todas esas preguntas. En caso de que no estuviera presente cuando el paciente firmó el formulario, entiendo que el formulario es solo documentación de que se hizo el proceso de consentimiento informado. Sigo siendo responsable de haber obtenido el consentimiento del paciente.

Nombre del médico de atención directa en letra de molde

Firma del médico de atención directa

Fecha

Hora

*La firma del paciente debe obtenerse a menos que el paciente sea menor de 18 años o que no tenga capacidad.

**A lo largo de este documento, el término "representante" se refiere a un representante legalmente autorizado o tutor legal.