



COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA

DIRECCIÓN DE DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN

☎ 951 50100 55/45

✉ ceamo.oaxaca@gmail.com

📍 Crespo 812, Col. Jiménez Figueroa

🌐 www.ceamooax.org.mx

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE UNA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO en materia de atención en salud

El proceso de consentimiento informado requiere de 3 etapas rigurosas a cumplir:

1. INFORMACIÓN VALIDA
2. MANIFESTACIÓN DE LA ACEPTACIÓN O RECHAZO
3. REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO

Esta guía corresponde a la última etapa del proceso de consentimiento informado. Se incluyen puntos normativos obligatorios y recomendaciones para su enriquecimiento. No se trata de una guía limitativa, en caso de requerir consignar más información o es indispensable una modificación, se debe valorar hacerlo.

Para mayor información puedes acercarte a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.

Instrucciones: lee cada apartado y posterior a tener el intercambio de información con el paciente, llena cada espacio con la información correspondiente al procedimiento médico propuesto y a las condiciones del paciente. El proceso debe repetirse cada vez que las condiciones del paciente o acto médico propuesto varíen. Es recomendable elaborar un documento original para integrarse en el expediente clínico y entregar una copia al paciente.

En caso de realizarse un consentimiento informado en modalidad verbal, puede usar la misma guía para integrar los puntos indispensables del proceso.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN _____

ESTABLECIMIENTO _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Lugar: _____

Fecha: _____

Hora: _____

a) PROCEDIMIENTO MÉDICO PROPUESTO: _____

b) EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y CRITERIOS PARA SU RECOMENDACIÓN: (breve) _____

c) RIESGOS Y BENEFICIOS:

RIESGOS		BENEFICIOS	
Del procedimiento	Del individuo	Del procedimiento	Del individuo
(según lex artis)	(clínicos y sociales)	(según lex artis)	(clínicos y sociales)

d) ALTERNATIVAS: (pueden ser otros procedimientos o bien no realizar ninguna intervención) _____

e) CONTRAINDICACIONES: _____

f) MOLESTIAS HABITUALES: _____

g) CONTINGENCIAS Y URGENCIAS: (ejemplo: se le notifica que pueden suceder situaciones extremas que requieran una intervención inmediata por su máximo beneficio, siendo imposible recabar un nuevo consentimiento informado. En caso de darse esta situación se solicita su autorización para que el equipo de salud intervenga aplicando el mejor criterio para salvar su vida e integridad).

h) USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS: (ejemplo: La información generada tiene un uso epidemiológico y administrativo dentro del sistema de salud, sin embargo su información personal que concierne a la atención, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, serán tratados con confidencialidad y no serán divulgada ni entregada a terceros sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad competente o en caso de presentarse situaciones que pongan en grave peligro su integridad física o mental, o de algún otro miembro de la comunidad).

i) REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO: (ejemplo: queda informado que el presente consentimiento PODRÁ SER REVOCADO LIBREMENTE en cualquier momento, teniendo que notificar su deseo de retirar su autorización al personal tratante, quien le explicara en qué etapa del procedimiento médico usted se retira).

j) Comprometiéndose usted a que en todo momento, brindo y brindara, información completa y real, manifieste su deseo: ¿Usted ACEPTA participar en el procedimiento?

Si No ¿Por qué causa? (opcional) _____

NOMBRE, FIRMA E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA/MATRÍCULA DEL PERSONAL
TRATANTE RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE, FIRMA E IDENTIFICACIÓN DEL TESTIGO

NOMBRE, FIRMA E IDENTIFICACIÓN DEL TESTIGO 2