



## NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA (Especialidad o procedimiento)

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS. SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (Quién lo acompaña en este momento):  
\_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS.

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ DOMICILIO:  
\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales y **en mi calidad de paciente**,  
o representante de este; identificándome con:

#### DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, **acepto** al Dr.(a) \_\_\_\_\_,  
con cedula profesional \_\_\_\_\_ y cédula de especialista \_\_\_\_\_ como mi Médico \_\_\_\_\_,  
quién está avalado por \_\_\_\_\_ y debidamente autorizado para  
ejercer la especialidad por las oficinas de Profesiones de Educación Pública  
Nacional

2. Entiendo que mi **DIAGNÓSTICO** es:

Secundario ha:

Que requiere de **TRATAMIENTO (MEDICO Y/O QUIRÚRGICO)** llamado:

3. Me ha explicado que puede haber **RIESGOS** durante el procedimiento que aunque  
poco probables, son posibles, y pueden ser desde **leves**, tales como:

Hasta **severos** tales como:

4. El **BENEFICIO** que obtendré con este procedimiento es para intentar mejorar mi estado de salud.

Entiendo también que todo acto médico implica una serie de **RIESGOS descritos en la nota de valoración**, que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos o al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme. Se me ha informado que al presentarse eventos adversos durante el procedimiento que pongan en riesgo mi vida o daño de algún órgano que pueda derivar en alguna incapacidad, el Médico podrá modificar la técnica del procedimiento o realizar otros procedimientos con el objetivo de preservar mi vida y limitar los daños.

(NOM 004 **10.1.4** En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica).

5. El médico tratante me ha explicado sobre otras **ALTERNATIVAS diagnósticas o terapéuticas** que existen tale como:

Y me ha explicado las siguientes ventajas

por las que ha elegido este procedimiento \_\_\_\_\_entre todas. Me explico claramente, que es de carácter electivo\_\_\_\_\_ urgente\_\_ y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de este procedimiento.

6. Estoy consciente de que puedo **requerir de tratamientos complementarios** que aumenten mi estancia hospitalaria. con la participación de otros servicios o unidades médicas, (con el incremento consecuente de los costos. (en atención privada))
7. **Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.**

8. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que en mi persona o representado, pueda realizar el procedimiento con los riesgos inherentes y autorizo al Médico para que de acuerdo a su criterio, cambie el procedimiento intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico-quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y / o emocionales.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA  
DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA TESTIGO**

***NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO***

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado el procedimiento y lo que derive de ello, consciente de que he sido informado de las consecuencias posibles como resultado de esta negativa y los datos de alerta que de presentarse requieren de atención médica.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

***REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO***

Por la presente, **REVOCO** el consentimiento otorgado en la fecha \_\_\_\_\_ y es mi deseo no proseguir el manejo diagnóstico o terapéutico, que se indica en mi o en mi representado a partir de esta fecha \_\_\_\_\_. Se me ha informado de los riesgos que esto implica y los datos de alerta que debo vigilar para acudir a recibir atención médica. Relevando de toda responsabilidad al médico y/o Institución, toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**