

HOSPITAL GENERAL ACTOPAN

CARLOS MAYORGA No. 55 ESQ. CONSTITUCION COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HGO. C.P. 42500 LIC. SANITARIA 1003000004

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFO. DE PROC. ANESTESICO

LUGAR Y FECHA: ACTOPAN HGO. A _____

NOMBRE: _____

IDENTIFICADO CON: _____ EXP: _____ EDAD: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE: _____

IDENTIFICADO CON: _____

1.- YO _____ CON NUMERO DE AFILIACION _____

_____ POR EL PRESENTE, AUTORIZO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA A REALIZAR EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO PARA SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE DE _____

2.- ESTOY ENTERADO(A) QUE AUN SIENDO CIRUGÍA MENOR, PROGRAMADA Y REALIZADA EN PACIENTE CLÍNICAMENTE SANO EL EVENTO ANESTÉSICO IMPLICA RIESGOS ASOCIADOS A TODO ACTO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO.

3.- QUE EL EVENTO ANESTÉSICO ME HA SIDO EXPLICADO POR EL ANESTESIÓLOGO, POR LO QUE ENTIENDO LA NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DE DICHO PROCEDIMIENTO, ESTOY EN CONOCIMIENTO DE LOS EVENTUALES RIESGOS QUE PUDIESEN SOBREVENIR.

4.- QUE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDAN PRESENTARSE EN CUALQUIER EVENTO ANESTÉSICO PUEDEN SER A NIVEL DE: CORAZÓN Y VASOS SANGUÍNEOS; RESPIRATORIAS: DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO, ASÍ COMO REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS, ETC.; EL ACTO ANESTÉSICO PUEDE SER GATILLO PARA LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES PERSISTENTES EN EL PACIENTE "APARENTEMENTE SANO" Y/O COMPLICACIONES MAYORES HASTA LA MUERTE.

5.- ESTOY CONSCIENTE QUE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE HA PESAR DE LOS MÉDICOS, ME HAN INFORMADO ADECUADAMENTE EL RESULTADO DESEADO DEL EVENTO ANESTÉSICO Y NO ME HA SIDO GARANTIZADA LA OBTENCIÓN DE UN RESULTADO SATISFACTORIO EN SU TOTALIDAD.

6.- SE ME HA DADO OPORTUNIDAD DE HACER TODAS LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO Y ME HA SIDO CONTESTADAS EN FORMA SATISFACTORIA. ESTE DOCUMENTO SE SOLICITA EN BASE A LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. NOM. 006-SSA-3-2011.

7. SE ME INFORMA QUE EN ESTA UNIDAD HOSPITALARIA NO SE CUENTA CON LA ATENCIÓN DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O TERAPIA INTENSIVA POR LO QUE DE ASÍ REQUERIRLO ACEPTO SE ME TRASLADA A UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE APOYO QUE CUENTE CON ESTE SERVICIO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE_____
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE
QUIEN SE IDENTIFICA CON:_____
NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE_____
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL_____
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO
QUIEN SE IDENTIFICA CON:_____
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO
QUIEN SE IDENTIFICA CON:**NOTA: LA PRESENTE CARTA SERÁ MODIFICADA DE ACUERDO A LAS REFORMAS DE LA LEY**