

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

EL SUSCRITO : _____ DE _____
CON DOMICILIO ACTOPAN, HGO.

SIN PRESIÓN ALGUNA ACEPTO SOMÉTEME AL PROCEDIMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO NECESARIO PARA LA ATENCIÓN DE MI PADECIMIENTO, EL CUAL SERÁ EFECTUADO POR LOS MÉDICOS DE ESTE HOSPITAL Y POR EL PERSONAL AUXILIAR Y TÉCNICO QUE SE REQUIERA Y DE ACUERDO A SU PERFIL PROFESIONAL A LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS QUE RIGEN LA PRACTICA MEDICA.

HE SIDO INFORMADO DE QUE EL PROCEDIMIENTO MENCIONADO TIENE POR OBJETO: _____

ASÍ MISMO SE HA INFORMADO DE QUE DICHO PROCEDIMIENTO ENTRAÑA RIESGOS SIENDO ESTOS: _____

ESTOY CONSCIENTE DE QUE NO TODAS LAS ENFERMEDADES Y ENFERMOS SON IGUALES, POR LO QUE NO PUEDEN GENERALIZARSE LAS SOLUCIONES, Y QUE EN VIRTUD DE QUE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA, AUN CUANDO EL MÉDICO ME HA INFORMADO DE LOS RESULTADOS, ESTOS NO PUEDEN SER GARANTIZADOS.

ACEPTO TAMBIÉN, ANTE CUALQUIER COMPLICACIÓN O EFECTO ADVERSO DURANTE LA ATENCIÓN QUE SE ME OTORQUE, ESPECIALMENTE ANTE UNA URGENCIA MÉDICA, QUE SE PRACTIQUEN LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA LA PROTECCIÓN DE MI SALUD.

HE SIDO PLENAMENTE INFORMADO DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORGO Y DEL CONTENIDO DE ESTA CARTA Y DE QUE LA MISMA NO EXCLUYE LA NECESIDAD DE RECABAR LA CORRESPONDIENTE A CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO QUE ENTRAÑE UN ALTO RIESGO.

ACTOPAN, HGO A _____

LUGAR Y FEHCA

PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE