

CONSENTIMIENTO PROCEDIMIENTOS EN GENERAL

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

-DEJO CONSTANCIA que el doctor _____ ha analizado conmigo el procedimiento que mi estado de salud requiere.-----

-Ese análisis ha sido realizado con la finalidad de asegurar que he tenido la oportunidad de recibir la información que me permita otorgar un consentimiento razonado e informado respecto a las prácticas que se llevarán a cabo que consiste en-----

-He recibido una pormenorizada explicación, expresada en términos que he comprendido, acerca de: (a) mi estado de salud; (b) su probable evolución; (c) el tratamiento que recibiré; (d) los distintos riesgos propios del tratamiento.-----

-También he recibido satisfactoria respuesta todas las preguntas que he formulado durante el análisis efectuado, la explicación recibida y la lectura de este documento, habiendo entendido los términos técnicos empleados.-----

-Estoy conciente de que en la práctica de la medicina pueden presentarse complicaciones imprevistas que requieran tratamientos adicionales.-----

-Por último dejo constancia que no se me han efectuado promesas o dado garantías respecto a los resultados de los tratamientos que se me realicen.-----

-En consecuencia autorizo al profesional mencionado a llevar a cabo la siguiente práctica: -----

-Faculto al profesional y a sus colaboradores a administrarme anestesia, a realizar los estudios y exámenes y demás procedimientos que a su juicio considere necesarios.----

-Nombres y apellidos del paciente _____
Tipo y número del documento de identidad _____
Firma del paciente _____ Fecha _____

-Nombres y apellidos del médico _____
Matrícula del médico _____
Firma del médico _____ Fecha _____

-Nombres y apellidos del testigo (si la persona no es competente) _____

Tipo y número del documento de identidad _____

Denegación o Revocación

Yo, Sr./a. -----después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

-Nombres y apellidos del paciente _____
Tipo y número del documento de identidad _____
Firma del paciente _____ Fecha _____

-Nombres y apellidos del médico _____
Matrícula del médico _____
Firma del médico _____ Fecha _____

-Nombres y apellidos del testigo (si la persona no es competente) _____

Tipo y número del documento de identidad _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, Tutor (es) o encargado (s) del paciente y por la presente autorizamos a él.

-Nombres y apellidos del representante legal _____
Tipo y número del documento de identidad _____