



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Tijuana Baja California, a _____ de _____ 20 _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____
nombre del representante legal, familiar o allegado (en caso de existir) _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____

DECLARO

Como responsable de mis propios actos y en pleno uso mis de facultades, una vez que se me ha informado con detalle, utilizando un lenguaje claro, sencillo y comprensible de mi estado de salud y los riesgos que el mismo implica.

Autorizo al Dr. (a) _____, quien es medico _____
y al personal de salud del Hospital HMN a realizar el procedimiento quirúrgico o no quirúrgico de:

_____ y la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva.

En calidad de paciente/familiar declaro:

1. Que se han hecho de mi conocimiento las posibilidades evolutivas que pueden presentarse en caso de NO realizarse él o los procedimiento (s) quirúrgico (s) o no quirúrgico (s), las ventajas de realizar el/ los procedimiento (s) necesario (s) para el restablecimiento de mi salud o la limitación del daño de la enfermedad.
2. Se me ha explicado que todo procedimiento quirúrgico de urgencia o electivo, presenta riesgo de complicaciones de tipo inmediato o tardío; entre las que se pueden incluir problemas de tipo cardíaco, pulmonar, renal, coagulación, circulación, hepático, digestivo, infeccioso, así como presentar alteraciones en cicatrización, también conozco la posibilidad de usar drenajes o suturas especiales, se me ha informado que en algunos procedimientos quirúrgicos requieren estomas (temporales o definitivos).
3. Que seré sometido a la administración de medicamentos, a los que cada persona reacciona diferente, dicha reacción puede variar cuando es adversa, desde simple urticaria hasta choque anafiláctico (paro cardíaco y respiratorio) o la muerte.
4. Conozco que en todo procedimiento quirúrgico o anestésico cabe la posibilidad de administrar sangre o derivados y dicha administración puede tener complicaciones.
5. Entiendo que pudiera necesitar tratamiento adicional de un especialista o hasta hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento y que seré responsable de su costo.

RIESGOS Y BENEFICIOS PERSONALIZADOS:

Firmo este documento por mi propia voluntad en señal de aceptación y consentimiento bajo información.

Nombre del paciente o Representante legal: _____ Firma: _____

Testigo del paciente: _____ Firma: _____

Nombre del médico: _____ Céd. Profesional: _____ Firma: _____

Testigo del médico: _____ Firma: _____