

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA MAYOR

San Bartolo Coyotepec, Oaxaca a ____ de _____ del 201__.

Nombre completo del paciente: _____.

No. de Expediente: _____ Edad: ____ años, ____ meses, ____ días.

Sexo: _____.

Diagnóstico Preoperatorio: _____

Operación proyectada: _____

Complicaciones posibles: _____

Yo _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de familiar, responsable y/o representante legal del paciente cuyo nombre y número de expediente se especifican arriba, por medio del presente manifiesto:

1.- Que tengo conocimiento a través del cirujano tratante de los probables diagnósticos que presenta mi paciente.

2.- Que me han informado a mi entera satisfacción de los procedimientos médico-quirúrgicos a que será sometido mi paciente y de las posibles alternativas durante su intervención.

3.- Que autorizo a través de este consentimiento informado al personal autorizado y calificado del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, para realizar los procedimientos médicos y quirúrgicos adecuados para mejorar o recuperar la salud de mi paciente.

4.- Que autorizo en caso de ser necesario para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, la posible amputación de _____

entendiendo los riesgos y complicaciones así como las consecuencias que ello conlleva para su vida.

5.- Que se me ha informado a mi entera satisfacción sobre lo esperado con esta intervención y el pronóstico de la misma.

6.- Que me comprometo a acudir a las revisiones médicas programadas.

Por lo tanto es mi libre decisión, consciente e informada aceptar el procedimiento que se realizara a mi paciente, por lo que firmo bajo mi libre voluntad y en presencia de un testigo que yo escogí sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión o coerción.

Nombre completo y firma del familiar,
tutor y/o representante legal

Testigo 1

Testigo 2

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

Declaratoria médica:

He explicado el contenido de este documento y he respondido todas las preguntas del familiar, responsable y/o representante legal por lo que considero se encuentra debidamente informado del procedimiento a realizar y de sus posibles complicaciones. Lo anterior con fundamento en el Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012** del Expediente Clínico.

Nombre completo, cédula profesional
y firma del médico tratante