

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LA CONSULTA EXTERNA**

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

Nombre completo del paciente: _____.

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

Sexo: _____.

Nombre completo del familiar, tutor o representante legal:

Identificado con: _____.

En este acto en forma voluntaria y consciente, autorizo al personal médico de la consulta externa del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, el análisis de los antecedentes, datos de la historia clínica y efectuar examen físico al paciente, me ordenará efectuarle exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté y posteriormente me hablará de (los) tratamiento (s) o procedimiento (s) ambulatorios que considere idóneos para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de éstos, 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 y firma del familiar, tutor
y/o representante legal

Nombre completo, firma y número de cédula
Profesional del Médico Tratante

Testigo 1

Testigo 2

Nombre completo y firma del Testigo

Nombre completo y firma del Testigo