

**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