

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASPIRADO
DE MÉDULA ÓSEA Y/O PUNCIÓN LUMBAR**

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

Nombre completo del paciente: _____

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

Por medio del presente se me ha informado satisfactoriamente que mi hijo(a) con diagnóstico de: _____, como parte de su abordaje diagnóstico terapéutico y para evaluar el estado actual de la enfermedad requiere que se le realice el siguiente procedimiento:

Me han explicado y he entendido los beneficios, riesgos y probables complicaciones que se pueden presentar durante el procedimiento, ya que es necesario sedar a mi paciente pueden presentarse efectos adversos que pueden comprometer la vía respiratoria y requerir de maniobras invasivas para estabilizarlo, puede haber dolor, sangrado e inclusive en ocasiones infección del sitio de punción que puedan requerir manejo hospitalario cuando se presenten. En caso de que se realice punción lumbar, puede haber dolor de cabeza posteriormente y/o dolor en la espalda. En casos más severos neuropatías, sangrados intracraneales.

He comprendido la información y autorizo se realicen los procedimientos necesarios así como la atención de urgencias y contingencias que puedan presentarse, 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

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

Testigo 1

Testigo 2

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

