

Incluya Aquí el Nombre del Centro

Consentimiento Informado para Tratamiento y Revelación de Información

Para Nuestro Paciente:

En calidad de paciente, usted tiene el derecho de ser informado sobre su estado y sobre el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se le va a realizar, para que pueda usted tomar la decisión de someterse al procedimiento o no, una vez conocidos los riesgos y peligros que implica. La información que se le da a conocer aquí representa un esfuerzo por hacer que usted esté mejor informado y pueda otorgar su consentimiento para el procedimiento o abstenerse de darlo.

Por medio de la presente doy mi consentimiento para que se me realicen las operaciones y procedimientos adicionales a los que están planeados, independientemente de que se deriven o no de las condiciones previstas en este momento, y que el doctor cuyo nombre aparece más abajo o sus asociados o asistentes consideren necesarios o recomendables durante la operación o procedimiento.

Voluntariamente solicito a mi médico, el Dr. _____, y a sus asociados, asistentes técnicos y otros prestadores de servicios médicos, que traten mi enfermedad de acuerdo con lo que consideren necesario. Entiendo que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos han sido planeados para mi y voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo esos procedimientos:

(Iniciales)

_____ **Sí doy** **No doy** mi consentimiento para que se me realicen transfusiones de sangre, de derivados de sangre, de acuerdo con lo que se considere necesario.

_____ **Sí doy** **No doy** mi consentimiento para que se desechen los tejidos o partes del cuerpo que se me extraigan de acuerdo con lo acostumbrado.

_____ **Sí** **No** autorizo a mi doctor y/o a los asistentes que él elija a fotografiarme o tomarme un video. Entiendo que las fotografías/el video se usarán solamente para fines médicos y educativos y no serán dados a conocer con fines de publicación en ningún otro contexto sin mi autorización escrita expresa.

_____ Para fines del avance de la educación médica, **Sí doy** **No doy** mi consentimiento para que entren a la sala donde se realiza el procedimiento los alumnos y las personas necesarias como apoyo técnico.

_____ Entiendo que estoy programado para irme a mi casa después de mi cirugía y que debe haber un adulto responsable que me lleve a mi casa y permanezca conmigo según las instrucciones de mi médico.

_____ Entiendo que la intención es que la cirugía que se me realice sea ambulatoria.

Doy mi consentimiento para que se me transfiera a un hospital u otro centro en caso de que mi(s) medico(s) lo considere(n) conveniente o necesario.

Autorizo que la información confidencial sobre mi estado de salud sea revelada a los familiares y personas enumeradas a continuación, para fines de dar a conocer resultados, hallazgos y decisiones de atención médica:

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Firma del paciente _____