



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al artículo 51, 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud; 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 10, 10.1, 10.1.1, 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3, 10.1.1.4, 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico

INCMNSZ

Tlalpan, Ciudad de México, a 28 de Marzo del 2021.

Identificación del Paciente:

Nombre(s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
[Redacted]		
Fecha de nacimiento:	[Redacted]	

Yo [Redacted] [1], en mi carácter de Paciente [2],
identificándome con NE [3], en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie
error, dolo o violencia, SI ☒ NO ☐ acepto/autorizo voluntariamente se realice en mi persona [4]

el acto médico consistente en:

Hospitalización

ya que el profesional de la salud [Redacted] con Número de Cédula Profesional

[Redacted], personal de salud de este Instituto, me ha explicado e informado de forma satisfactoria, clara, oportuna,
veraz y con lenguaje sencillo, que es necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de [5]:

[Redacted]

Tengo conocimiento preciso de los beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que se propone, como a continuación se detalla:

Los beneficios son [6]:

[Redacted]

Los riesgos son [7]:

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Las alternativas diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas para mi condición médica, las cuales reconozco que ni el Instituto ni su personal de salud tienen la obligación de aplicar, son [8]:

[Redacted]
[Redacted]

Debido a que mi decisión fue tomada libremente, eximo al Instituto y a su personal de cualquier responsabilidad civil, administrativa o penal.
Se me ha comunicado que el presente consentimiento puede ser revocado, si así lo deseo, en cualquier momento, previa constancia por escrito.

Nombre completo del paciente: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

El paciente presenta incapacidad transitoria o permanente SI ☐ NO ☐, debido a [Redacted] [9].

Si el paciente presenta incapacidad transitoria o permanente que lo imposibilite para firmar y emitir su consentimiento, éste será firmado por el familiar, tutor o persona responsable del paciente. En ausencia de estos y en presencia de una urgencia, este documento será firmado por dos integrantes médicos de este Instituto quienes, previa valoración del caso, autorizarán el procedimiento terapéutico o quirúrgico que el caso requiera para preservar la salud del paciente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Familiar, tutor o persona responsable: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Profesional de salud que da la información [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Testigos:

Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

En caso de que el paciente, familiar, tutor, persona responsable y/o los testigos no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital.

Este documento debe llenarse completamente sin enmendaduras o tachaduras.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al artículo 51, 51 BIS 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud, 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 30, 10.1, 10.1.1., 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3, 10.1.1.4, 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico

INCMNSZ

Tlalpan, Ciudad de México, a 11 de 8 del 21

Identificación del Paciente:

Nombre(s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Expediente/Registro:
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Yo, [Redacted] [1], en mi carácter de [paciente] [2],
Identificándome con [INE] [3], en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie
error, dolo o violencia, si ☒ NO ☐ acepto/autorizo voluntariamente se realice en [mi persona] [4]

el acto médico consistente en:

[Redacted]

ya que el profesional de la salud [Redacted] con Número de Cédula Profesional

[Redacted], personal de salud de este instituto, me ha explicado e informado de forma satisfactoria, clara, oportuna,
veraz y con lenguaje sencillo, que es necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de (5):

[Sangrado de tubo digestivo alto]

Tengo conocimiento preciso de los beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que se
propone, como a continuación se detalla:

Los beneficios son (6):

[Tratamiento]

Los riesgos son (7):

Las alternativas diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas para mi condición médica, las cuales reconozco que ni el Instituto ni su personal
de salud tienen la obligación de aplicar, son (8):

Debido a que mi decisión fue tomada libremente, eximo al Instituto y a su personal de cualquier responsabilidad civil, administrativa o penal.
Se me ha comunicado que el presente consentimiento puede ser revocado, si así lo deseo, en cualquier momento, previa constancia por escrito.

Nombre completo del paciente: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

El paciente presenta incapacidad transitoria o permanente SI ☐ NO ☐ debido a [Redacted] [9].

Si el paciente presenta incapacidad transitoria o permanente que lo imposibilite para firmar y emitir su consentimiento, éste será firmado por el familiar,
tutor o persona responsable del paciente. En ausencia de estos y en presencia de una urgencia, este documento será firmado por dos integrantes médicos
de este Instituto quienes, previa valoración del caso, autorizarán el procedimiento terapéutico o quirúrgico que el caso requiera para preservar la salud
del paciente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Familiar, tutor o persona responsable: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Profesional de salud que da la información [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]
Nombre completo

Testigos: [Redacted]

Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

En caso de que el paciente, familiar, tutor, persona responsable y/o los testigos no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital.

Este documento debe llenarse completamente sin omisiones o tachaduras.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN
CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al artículo 51, 51 Bis 1 y 51 Bis 2 de la Ley General de Salud; 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y 10, 10.1, 10.1.1, 10.1.1.1, 10.1.1.2, 10.1.1.3, 10.1.1.4, 10.1.1.5, 10.1.1.6, 10.1.1.7, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Del Expediente Clínico

INCMNSZ

Tlalpan, Ciudad de México, a 24 de julio del 2021

Identificación del Paciente:

Nombre(s):	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Fecha de nacimiento:		

Yo, [Redacted] (1), en mi carácter de [paciente] (2),
identificándome con [INE] (3), en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie
error, dolo o violencia, SI ☐ NO ☒ acepto/autorizo voluntariamente se realice en [mi persona] (4)

el acto médico consistente en:

[Traslado hospitalario]

ya que el profesional de la salud [Redacted] con Número de Cédula Profesional [Redacted], personal de salud de este Instituto, me ha explicado e informado de forma satisfactoria, clara, oportuna, veraz y con lenguaje sencillo, que es necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de (5):

[Neumonía por SARS-CoV-2]

Tengo conocimiento preciso de los beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que se propone, como a continuación se detalla:

Los beneficios son (6):

[Monitorización]

Los riesgos son (7):

[Detenido respiratorio]	
[trombosis]	
[muerte]	

Las alternativas diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas para mi condición médica, las cuales reconozco que ni el Instituto ni su personal de salud tienen la obligación de aplicar, son (8):

[Traslado hospitalario]

Debido a que mi decisión fue tomada libremente, eximo al Instituto y a su personal de cualquier responsabilidad civil, administrativa o penal. Se me ha comunicado que el presente consentimiento puede ser revocado, si así lo deseo, en cualquier momento, previa constancia por escrito.

Nombre completo del paciente: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

El paciente presenta incapacidad transitoria o permanente SI ☐ NO ☒ debido a [Redacted]
Si el paciente presenta incapacidad transitoria o permanente que lo imposibilite para firmar y emitir su consentimiento, éste será firmado por el familiar, tutor o persona responsable del paciente. En ausencia de estos y en presencia de una urgencia, este documento será firmado por dos integrantes médicos de este Instituto quienes, previa valoración del caso, autorizarán el procedimiento terapéutico o quirúrgico que el caso requiera para preservar la salud del paciente, dejando constancia por escrito en el expediente clínico.

Familiar, tutor o persona responsable: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Profesional de salud que da la información: [Redacted] Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Testigos: [Redacted]

Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

Nombre completo: [Redacted] Firma y/o huella digital: [Redacted]

En caso de que el paciente, familiar, tutor, persona responsable y/o los testigos no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital.
Este documento debe firmarse completamente sin enmendaduras o tachaduras.

