Consentimiento informado

Entiendo los riesgos y que existen otros inherentes a cualquier procedimiento médico tales como la infección y la hemorragia estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y los resultados del presente procedimiento no pueden ser ni han sido garantizados.

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos

- La aplicación de la sedación y buena agencia requerida por el procedimiento.
- Si es mi propio beneficio el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial ante nuevas situaciones que se hicieron evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y estos se requieran durante el procedimiento mi voluntad será respetada.

Además, he sido informado y se me solicitó el consentimiento porque durante los procedimientos:

Se podrían obtener imágenes para difusión médica o docente en los cuales no se exhibirá mi rostro ni se mencionará mi nombre.

Consiento ☑ Si ☐ No

Se podrían extraer tejidos los que podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición que serán dispuestos y utilizados a futuros con propósitos científicos yo docentes.

Consiento ☑ Si ☐ No

Podría ser necesario realizar transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento por lo que se me han explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo consiento en que se me administren los productos sanguíneos en caso de ser requeridos.

Consiento en que se me realice el procedimiento. ☑ Si ☐ No

Finalmente declaró no haber omitido ni alterado la información acerca de mi estado de salud especialmente en enfermedades alergias o riesgos personales.

Estoy en conocimiento de que hasta antes de iniciar el procedimiento puedo cambiar de opinión acerca de lo señalado lo cual deberá ser comunicado oportunamente al equipo médico tratante.

[redacted] 22-04-2023

Nombre y firma del paciente (Representante) Fecha

Asentamiento para pacientes menores de edad

Pacientes de 14 o 18 años deben expresar si asientan la realización del procedimiento

_____ _____

Nombre del paciente y firma paciente Fecha

Sección a llenar por el médico

[redacted]dimiento al paciente o su representante y hoy he decidido él/ella la información arriba señalada.

[redacted]esentante ☑ Si ☐ No ha consentido en que el procedimiento sea practicado.

[redacted] 22-04-1-2023

Nombre y firma del médico informante Fecha