



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE COMPLICACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Con fundamento en la Norma Oficial NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

El suscrito (paciente, o en su caso, familiar, tutor o representante legal) Claudia Peña Magaña, con número de afiliación 4509770025 (o identificación oficial en su caso) _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en el ejercicio de mi capacidad legal, DECLARO lo siguiente:

1. Expreso mi libre voluntad para ingresar a la U.M.A.E., Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, para el efecto de recibir atención médica requerida, sometiéndome con ese objeto, al cumplimiento de la normatividad establecida en la Ley del Seguro Social y sus Reglamentos.
2. Solicito al personal Médico y paramédico de esta Unidad, en el derecho que me asiste la ley, de recibir atención médica, la cual puede derivar en procedimientos y atención de complicaciones médico-quirúrgicas.
3. El equipo de salud me ha proporcionado información completa sobre mi enfermedad, estado actual y pronóstico, la cual considero amplia, precisa, suficiente y entendible, en la que se destacan las opciones, posibles riesgos, complicaciones y secuelas.

Además de:

- Que el objetivo fundamental es de mejorar mi salud física y mental, evitando al máximo posible riesgos y complicaciones derivados de las intervenciones o procedimientos realizados.
- Los procedimientos médico quirúrgicos e intervenciones que en mi caso pudieran ser necesarios, así como las opciones disponibles en este hospital para ofrecerme la mejor alternativa para la restitución de mi salud.
- En algunos casos a pesar de las precauciones y cuidados al realizarse los procedimientos médico quirúrgicos e intervenciones, pueden presentarse complicaciones, haciéndose hincapié que estas pueden derivarse de las condiciones previas de mi organismo y de la complejidad y severidad del padecimiento, enfermedad y/o estado que presento, así como de posibles **alergias** a medicamentos, materiales de sutura, medios de contraste u otros elementos utilizados en la atención o por las interacciones propias de los medicamentos empleados, desconocidas hasta el momento.
- Que se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido, derivadas de la información recibida, por lo que manifiesto estar enteramente satisfecho y he comprendido cabalmente los alcances, riesgos y alternativas de la posible solución a mi padecimiento, enfermedad y estado actual.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA: PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE COMPLICACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS

1. Ante la información proporcionada en forma completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondientes a mi padecimiento, enfermedad o estado actual, mediante el presente expreso mi CONSENTIMIENTO LIBRE, ESPONTÁNEO, para que se realicen los procedimientos requeridos para el restablecimiento de mi salud en este hospital. Así mismo, ACEPTO Y AUTORIZO se me atiendan las complicaciones o contingencias derivadas de la atención médica que pudieran presentarse: teniendo el suscrito en cualquier momento la libertad DE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO y de rehusar el tratamiento y/o de solicitar alta voluntaria por así convenir a mis intereses, liberando al tomar esta determinación de cualquier tipo de responsabilidad médico-legal, a las autoridades y personal respectivo de este Hospital.

Enfermedad: Insulinoma

Servicio: Gastrología Procedimiento: Exucleción de insulina

Potenciales complicaciones inherentes al procedimiento: Lesión neurológica de estructuras adyacentes, sangrado, capacidad de ventilación

Pronóstico de la enfermedad de acuerdo a reporte trans-operatorio: Bueno

Potenciales secuelas: lesión neurológica, cicatrices, lesión órganos adyacentes.

4. Ante la falta de competencia de mi persona, nombro a (familiar, tutor, o representante legal):
Ramón Parra como mi representante para tomar las decisiones necesarias en relación a mi enfermedad que podrán ser revocadas en el caso de que recupere mi capacidad.
1. En mi carácter de representante legal manifiesto haber sido informado de todos y cada uno de los puntos anteriores, los cuales hago míos a nombre del paciente, ACEPTÁNDOLOS en todos sus términos para los efectos legales correspondientes, al estampar mi firma.

México, Distrito Federal a 29 de septiembre de 2020.

[Redacted]

Nombre y firma del paciente, familiar tutor o representante legal

[Redacted]

Nombre y firma del testigo.

Dr. Molina
Nombre y firma del médico

RAMÓN Parra
Nombre y firma del testigo.

Nota: Este documento no debe contener abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.