

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CALZADA DE TLALPÁN 4800. C.P 14030, COLONIA SECCIÓN XVI



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIAL DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPITULO IV, ART. 80, 81, 82, Y 83.

En (a) su(s) (el) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento [redacted] con expediente número [redacted] 2 /
se ploro uso de las facultades, declaro que el Dr. [redacted] Adscrito a la División
de [redacted] no me ha explicado ampliamente qué se me explicación es
conveniente realizar el siguiente acto médico: Revisión de expediente clínico
con datos anónimos

En un lenguaje claro y sencillo que ha comprendido, se me ha expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o
terapéutico sea quirúrgico o no quirúrgico lleva consigo, así como las complicaciones mayores o menores que pueden surgir,
en cualquier momento o sea que pueden ocasionar la muerte o que requieren procedimientos y/o tratamientos
complementarios médicos o quirúrgicos que incrementan la estancia hospitalaria.

También se me ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser sufridas independientemente de la propia técnica, pero otras
dependen del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que está recibiendo o de los posibles
anormales anormales por la utilización de equipos médicos. Entre los riesgos y complicaciones que pueden surgir en el
caso, se encuentran:

Análisis de datos clínicos anónimos
con fines de investigación

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico o invasivo son: Investigación en COVID-19

No como las posibles alternativas al tratamiento quirúrgico: _____

Se me ha explicado que en mi atención podría intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la
vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello
manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto médico y en
estas condiciones CONSENTIR que se me realice el procedimiento _____ tal como

Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel GEA González" para que durante las contingencias y urgencias
derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna expresión, puedo revocar el consentimiento
que otorgo otorgo.

En México, D.F. a los [redacted] días del mes de [redacted] del 20 [redacted]
Hora: _____

[redacted]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[redacted]
NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[redacted]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[redacted]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83.

El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento 28 con expediente número 5 en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR. me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico: revisión del expediente para investigación clínica

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran:

Análisis de datos Antecedentes con fines de
protección de investigación

Y entre de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

investigación sobre COVID-19

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico:

cirugía general

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado; por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSENTO que se me realice el procedimiento revisión del expediente así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel GEA González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los 3 días del mes de abril del 20 21

Hora: 8:00

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

El (los) suscriptor (es) presente de esta difusión, con fecha de nacimiento 3 6 con
 correspondiente número 5 en pleno uso de sus facultades mentales, declara que el DFE
 no ha ejercido ampliamente sus en su función de
 convenientemente a la situación de cada médico de la zona de su competencia

En un lenguaje claro y sencillo que ha comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las correspondientes respuestas y medidas que pueden surgir, en cualquier potencialidad seria que pueda provocar la muerte o que se lesionen profundamente y/o totalmente complementando, médicos y quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichos conocimientos pueden ser derivados directamente de la propia técnica, pero otro secundaría del procedimiento, del estado físico del paciente y de los tratamientos que este recibe o se le han podido presentar anatómicos y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en el caso, se encuentran:

Revisão de 2a Data de Tarefa orientada por
JAVIER FIGUEROA DE CARP-19

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

14055 g/cm $C_{1100} = 1.9$

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico

Se me ha exigido que en mi estancia podría intervenir médicos en función de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha referido todas las dudas que le he planteado, por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el silencio y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSENTIÓ que se me realice el procedimiento _____ así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "DR. Manuel Guea González", con sus stendas las consecuencias y alegrías derivadas del acto autorizado, firmando el principio de libertad preceptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los 13 días del mes de agosto del 2016

None

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO	
-------------------------------------	--

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CALZADA DE TLALPAM 4800, C.P. 14080, COLONIA SECCIÓN XVI



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO III, ART. 80, 81, 82, Y 83.

En (la) suscrita (el) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento: [REDACTED] con expediente número: [REDACTED] 2
de plena uso de mis facultades, declaro que el Dr. [REDACTED] Adscrito a la División
de Cirugía General me ha explicado ampliamente que en mi situación se
conviene realizar el siguiente acto médico: Resección de sigmoides con
anastomosis ileoanal

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me ha expuesto los riesgos (en todo caso médico, diagnóstico o
terapéutico así quirúrgico o no quirúrgico) tanto médico, así como las complicaciones mayores o menores que pueden surgir,
en ocasiones potencialmente serias que pueden ocasionar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos
complementarios médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se me ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia lesión, pero estas
dependen del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que está recibiendo o de las posibles
anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre los riesgos y complicaciones que pueden surgir en mi
caso, menciono:

Desarrollo de dolor con fístula de
anastomosis ileoanal, anastomosis

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

Investigación de COVID-19 (SARS-CoV-2)

Así como los posibles alternativas al tratamiento quirúrgico:

Se me ha explicado que en mi situación podría haberse realizado en formación de la especialidad, pero siempre bajo la
vigilancia y supervisión de mi médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello
manifesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y con comprendiendo el alcance y los riesgos de este médico y en
estas condiciones DONCENTO con se me realiza el procedimiento [REDACTED] así mismo

Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel GEA González" para que atienda las contingencias y urgencias
derivadas del acto quirúrgico, atendiendo al principio de libertad preceptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento
que ahora otorgo.

En México, D.F., a los [REDACTED] días del mes de [REDACTED] del 20 [REDACTED]

Here:

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULO 28, 30, 31, 32 Y 33.

El (la) suiente (s) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento [REDACTED] con
supeditante número [REDACTED] en pleno uso de sus facultades mentales, declara que el DR.
[REDACTED] me ha explicado ampliamente que en mi situación es
conveniente realizar el siguiente acto médico: Prueba de embarazo

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico
o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores y menores que
pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o
tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero
otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo e de las
posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en
mi caso, se encuentran: Protocolo Investigación COVID-19

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico:

Se me ha explicado que en mi atención podrán intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la
vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado; por
ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto
médico y en tales condiciones CONSENTO que se me realice el procedimiento [REDACTED] así
como Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", para que atienda las
contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el
consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los 3 días del mes de [REDACTED] del 20 20

Hora: 6:00

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS 40, 41, 42 Y 53.**

El (la) suscrita (s) paciente de esta institución por fecha de nacimiento [REDACTED] con [REDACTED] en pleno uso de mis facultades [REDACTED] el DR. [REDACTED] me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico: Revisión exploratoria

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieren procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que está recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran:

Protocolo investigación COVID-19

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

Datos Antecedentes / cirugía general

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico:

Se me ha explicado que en mi atención podrían intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado; por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSENTO que se me realice el procedimiento [REDACTED] así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel GEA González", para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar alguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los 13 días del mes de [REDACTED] del 20 20

Hora: _____

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83.**

El (la) suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento [REDACTED] con expediente número [REDACTED] en pleno uso de sus facultades mentales, declaro que el Dr. [REDACTED] me ha explicado ampliamente que en mi situación es conveniente realizar el siguiente acto médico: REVISION EXPEDIENTE

ANONIMO PARA INVESTIGACION
En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores y menores que pueden surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieren procedimientos y/o tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que está recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en mi caso, se encuentran:

DATOS ANONIMOS PARA ESTUDIO DE
COVID-19

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

COVID-19 (ARJ) - (CV-2)

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico:

Se me ha explicado que en mi atención podrán intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

☒ El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado; por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto médico y en tales condiciones CONSENTIR que se me realice el procedimiento [REDACTED] así mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel GEA González" para que atienda las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los 3 días del mes de [REDACTED] del 2021

Hora: _____

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
CALZADA DE TLALPAM 4800, C.P. 14080, COLONIA SECCIÓN XVI



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ART. 80, 81, 82, Y 83.

En fe) suscribo (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento [REDACTED] con expediente número [REDACTED] 14
en pleno uso de mis facultades, declaro que el Dr. [REDACTED] Asesor a la Ilustre
de [REDACTED] me ha explicado ampliamente que en mi situación es
conveniente realizar el siguiente acto médico: REVISIÓN DE EXPEDIENTE ANONIMO

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me ha expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico o
terapéutico sea quirúrgico o no quirúrgico lleva implícito, así como las complicaciones mayores e menores que pueden surgir,
en ocasiones potencialmente serias que puedan ocasionar la muerte o que requieran procedimientos y/o tratamientos
complementarios médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se me ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero otras
derivarán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que este reciba o de las posibles
anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos. Entre los riesgos y complicaciones que pueden surgir en mi
caso se encuentran:

ANÁLISIS PARA INVESTIGACIÓN
DE DATOS ANONIMOS

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:
QUE SUGERAN CASO - 19 (SARS COV2)

Así como las posibles alternativas al tratamiento quirúrgico:

Se me ha explicado que en mi atención podrán intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la
vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello
manifesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto médico y en
estas condiciones CONSENTIR que se me realice el procedimiento [REDACTED] así mismo
Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel GEA González" para que atienda las contingencias y urgencias
derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad proscriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento
que ahora otorgo.

En México, D.F. a los [REDACTED] días del mes de [REDACTED] del 20 [REDACTED]

Firma:

[REDACTED]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[REDACTED]

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[REDACTED]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[REDACTED]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO



**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS E INVASIVOS)
DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV, ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83.**

El/la suscrito (a) paciente de esta institución, con fecha de nacimiento [redacted] con
expediente número [redacted] en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el DR.
[redacted] me ha explicado ampliamente que en mi situación es
conveniente realizar el siguiente acto médico: Revisión de datos de forma médica por
investigación COVID-19

En un lenguaje claro y sencillo que he comprendido, se me han expuesto los riesgos que todo acto médico, diagnóstico
o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico lleve implícito, así como las complicaciones mayores y menores que
puedan surgir, en ocasiones potencialmente serias que pueden provocar la muerte o que requieran procedimientos y/o
tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que incrementen la estancia hospitalaria.

También se ha mencionado que dichas complicaciones pueden ser derivadas directamente de la propia técnica, pero
también dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las
posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de equipos médicos, entre las complicaciones que puedan surgir en
mi caso, se encuentran:

Revisión de datos de forma médica por
investigación COVID-19

Y dentro de los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico y/o invasivo son:

Investigación COVID-19

Así como las posibles alternativas al tratamiento médico y/o quirúrgico:

Se me ha explicado que en mi atención podrán intervenir médicos en formación de la especialidad, pero siempre bajo la
vigilancia y supervisión de mi Médico responsable.

El médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado; por
ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto
médico y en tales condiciones CONSENTIR que se me realice el procedimiento [redacted] así
mismo Autorizo al personal médico del Hospital General "Dr. Manuel González" para que atienda las
contingencias y acciones derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el
consentimiento que ahora otorgo.

En México, D.F. a los [redacted] días del mes de [redacted] del 20 [redacted]

Hora: [redacted]

[redacted]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE

[redacted]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO

[redacted]

NOMBRE COMPLETO, FIRMA
Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

[redacted]

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO