



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNO
BELISARIO DOMINGUEZ No. 1000, Col Independencia.
CP 44320, Guadalajara, Jalisco

**CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO DE PACIENTES EN
OBSERVACIÓN DE ADMISIÓN MÉDICA CONTINUA O EN HOSPITALIZACIÓN.**

(CLAVE14A6036820-09-16-01)

Fundamentos Legales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 80, 81, 82, 83; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, numerales 4.2, 10.1, 10.1.2, 10.1.3 y apéndice D-17; Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, Artículos 43, 83 y 84.

NOMBRE DEL PACIENTE:

VERDUZCO AMEZGUA EDILBERTO

**HOSPITALIZACIÓN
(SERVICIO)
CIRUGÍA GENERAL**

**ADMISIÓN MÉDICA
CONTINUA**

NO DE SEGURIDAD SOCIAL:

5479-572540-5M57FE

FECHA:
15-feb-2017

HORA:
09:00

Yo:

VERDUZCO AMEZGUA EDILBERTO

Reconozco que el/la Dr. (a) _____ me
ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el(los) motivo(s) de mi ingreso:

1.- K566 OTRAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES Y LAS NO ESPECIFICADAS

2.-

3.-

Nombre de (los) motivo(s) (diagnósticos). Sobre el por qué y para qué está indicado el que se me hospitalice; los beneficios esperados después de mi hospitalización, así como los riesgos y las complicaciones mas frecuentes que pueden presentarse propios de mi condición actual de salud:

El Doctor me informó de la existencia de otros procedimientos **alternativos** al que me está proponiendo y que este es el más indicado para mi caso; además me explico, que durante o después del(os) procedimiento(s) puedo requerir la utilización de algún componente **sanguíneo**. Reconozco que me informo sobre los **efectos y consecuencias esperados** si no acepto el tratamiento propuesto y declaró que en todo momento existió su disposición para aclarar mis dudas o ampliar la información.

Fui informado(a) que tengo el derecho de **cambiar mi decisión** en cualquier momento y manifestarla previo al(los) procedimiento(s). Con el fin de facilitar mi recuperación, **me comprometo a acudir a revisión médica** cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda. Acorde a lo anterior, **DECLARO** lo siguiente: es mi **decisión libre, consciente e informada aceptar mi hospitalización** por el(los) motivo(s) arriba mencionado(s) y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la misma a juicio del equipo médico, con el fin de establecer mi salud o mejorar mi estado actual, el cual se efectuará en esta **UNIDAD MÉDICA**.

MÉDICO TRATANTE

PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESP.

5.- DR. JOSE VICTOR PEREZ NAVARRO 5.- 99143379

NOMBRE COMPLETO

MATECLAVICOLA

TESTIGO 1

TESTIGO 2

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

NOMBRE COMPLETO

FIRMA