



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) CIRUGIA 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) (diagnosticos). 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.

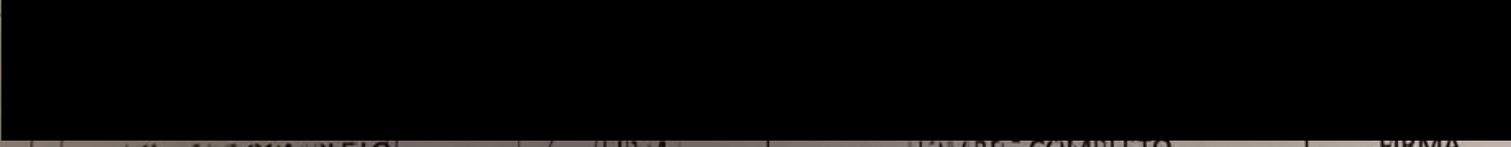
Fui informado(a) que tengo el derecho de **cambiar mi decisión** en cualquier momento y manifestarla previo al(los) procedimiento(s). Con el fin de facilitar mi recuperación, **me comprometo a acudir a revisión médica** cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda. Acorde a 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 **UN DAD MÉDICA**.

MÉDICO TRATANTE: _____ PACIENTE, FAMILIAR O PERSONA LEGALMENTE RESP. _____

5-DR JOSE VICTOR PEREZ NAVARRO 5.- 99143379



NOMBRE COMPLETO: _____ MATRÍCULA: _____ NOMBRE COMPLETO: _____ FIRMA: _____
 TESTIGO 1: _____ TESTIGO 2: _____



NOMBRE COMPLETO: _____ FIRMA: _____ NOMBRE COMPLETO: _____ FIRMA: _____