

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO



Lugar y Fecha: Medellín,
Diagnóstico _____
Nombre del paciente: _____
Identificación: _____
Nombre del familiar responsable: _____
Identificación: _____
Representante Legal: _____
Identificación: _____

Doy fe de que el profesional _____, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medio pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados.

Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como _____ y se me han explicado las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, luego de lo cual acepto ____ no acepto ____ la práctica de _____

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar: _____.

Se me han advertido como riesgos, entre otros _____ pero que existen otros riesgos de imposible previsión o inadvertidos, inclusive la muerte.

Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre-existentes de salud.

Se me han explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y /o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo ____ no autorizo __ su aplicación mediante el procedimiento de la transfusión sanguínea que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante.

Carrera 48 No 32 -102
Conmutador: 384 73 00
www.hgm.gov.co
Medellín , Colombia
Nit: 890 904 646 -7

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO



Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiada mi sangre, sin costo alguno para mí, para verificar si poseo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, HIV y/o Sífilis y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre consiento y autorizo _____ no consiento ni autorizo _____ el procedimiento descrito, denominado

Firma del paciente
C.C.

Firma de acudiente, testigo, o familiar responsable
C.C.

Firma el profesional