

## Consentimiento Informado para Hospitalización

Da clic sobre la línea para llenar el formulario

México D.F. a \_\_\_\_\_

El Dr. \_\_\_\_\_

Me ha explicado que es conveniente me hospitalicen por presentar los siguientes diagnósticos presuntivos:

Así mismo, me informó en forma clara y precisa los riesgos de complicaciones que conlleva todo acto médico. y también de los beneficios esperados de aceptar la hospitalización, por lo que bajo protesta de decir verdad de que he sido satisfactoriamente informado por mi médico , **ACEPTO** la hospitalización y **AUTORIZO** al personal de ésta unidad para que efectué los procedimientos médicos – quirúrgicos: de diagnóstico y terapéuticos necesarios de acuerdo a mis condiciones de salud, así como la aplicación de las medidas que se requieran para alguna situación no sospechada de contingencia y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

De igual manera se me informó de que en cualquier momento y sin necesidad de explicación alguna, puedo renunciar por escrito a seguir recibiendo la atención médica en cuestión. Atendiendo a los principios de confidencialidad, designo a: \_\_\_\_\_

Para que solo él (ella) reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o Pronóstico.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y domicilio del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y Parentesco del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y Parentesco del Testigo