

## Consentimiento para Fines Quirúrgicos y/o Tratamiento Médico

México D.F. a: \_\_\_\_\_

El (la) que suscribe Sr. (a) \_\_\_\_\_ en mi carácter de \_\_\_\_\_

Manifiesto que el Dr. \_\_\_\_\_ Me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de mi padecimiento.

Diagnóstico presuncionales: \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento médico y ó quirúrgico: \_\_\_\_\_

Por lo anterior, me explicó que para confirmar dichos diagnósticos es necesario llevar a cabo procedimientos de Laboratorio, transfusionales, anestésicos, quirúrgicos ó radiodiagnóstico y en general cualquier otro procedimiento que juzgue necesario para su correcto diagnóstico o tratamiento.

Principales riesgos: (Describa pormenorizadamente) \_\_\_\_\_

Beneficio: \_\_\_\_\_

Por consiguiente, en pleno uso de mis facultades, capacitado para comprender la explicación y estando enterado del presente documento, autorizado al Dr. \_\_\_\_\_

Y al equipo de salud que realice los procedimientos de diagnostico quirúrgicos y terapéuticos señalados en el mismo.

Por lo anterior firmo la presente autorización para constancia y efectos legales que haya lugar.

Autorizo

Paciente ó representante legal

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_ parentesco: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

### Médico Tratante

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### Testigo

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_