

Nombre:  
N.º de exp. médico:  
Fecha de nac.:  
Estación de enf.:  
Servicio/Doctor(a):

## CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO INVASIVO O DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO

1. Acepto permitirle a \_\_\_\_\_,  
que es

**(Profesional certificado)**

**(circular una opción):** médico, médico osteópata, enfermero profesional, asistente médico, partera enfermera certificada o enfermero anestesista diplomado certificado, a realizar un(a):

\_\_\_\_\_  
**(Procedimiento, Cirugía)**

\_\_\_\_\_  
**(Procedimiento, Cirugía)**

en \_\_\_\_\_  
**("mi persona" o nombre del paciente)**

- Al procedimiento/a la cirugía me lo/la ha explicado \_\_\_\_\_
- Al tomar la decisión de que se lleve a cabo este/a procedimiento/cirugía, entiendo los riesgos y los posibles beneficios. Asimismo, comprendo los posibles efectos secundarios y problemas del proceso de curación.
- Comprendo las alternativas que existen para este/a procedimiento/cirugía y sus riesgos y beneficios. Además, entiendo los riesgos y los beneficios asociados por no llevar a cabo este/a procedimiento/cirugía.
- Comprendo que es posible que el procedimiento/la cirugía no tenga el resultado que espero.
- Al dar consentimiento para que se lleve a cabo este/a procedimiento/cirugía, acepto los riesgos, los efectos secundarios y los posibles problemas del proceso de curación que me han explicado.
- Entiendo que los residentes pueden llevar a cabo tareas quirúrgicas importantes durante este/a procedimiento/cirugía y que los estudiantes de medicina también pueden participar, todo bajo la supervisión del médico tratante.
- En caso de ocurrir algo inesperado durante este procedimiento, acepto recibir el tratamiento que el médico tratante, o un médico traído por el médico tratante, considere necesario.



Nombre:  
N.º de exp. médico:  
Fecha de nac.:  
Estación de enf.:  
Servicio/Doctor(a):

## CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO INVASIVO O DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO

9. Acepto permitir que este hospital mantenga, use y deseche de forma apropiada el tejido que se extirpe durante este procedimiento.
10. He tenido tiempo suficiente para hablar y pensar acerca del procedimiento/de la cirugía planificado/a y han respondido todas mis preguntas. Me han proporcionado suficiente información para tomar una decisión informada. Acepto que se realice este/a procedimiento/cirugía.

Paciente/Sustituto (en letra de imprenta)	Firma	Relación
Fecha	Hora	

**TESTIGO:** *He sido testigo de la firma de este formulario por parte del paciente o del sustituto.*

Nombre del testigo (en letra de imprenta)	Firma del paciente	Fecha y hora
---	--------------------	--------------

**INTÉRPRETE:** *He interpretado de manera veraz y precisa, según mis posibilidades.*

Nombre del intérprete (en letra de imprenta)	Firma del paciente	Fecha y hora
--	--------------------	--------------

### DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL CERTIFICADO

He hablado con el paciente/sustituto sobre los beneficios, riesgos y efectos secundarios potenciales y relevantes, los posibles problemas relacionados con la recuperación, la posibilidad de lograr nuestra meta, así como los posibles resultados por no llevar a cabo este/a procedimiento/cirugía. Asimismo, le he dado al paciente/sustituto la oportunidad de hacer preguntas y he respondido a todas ellas. Considero que el paciente/sustituto comprende lo que se ha conversado y que ha dado un consentimiento informado.

Profesional (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
------------------------------------	-------	-------