**DR. RAFAEL GÓMEZ RODRÍGUEZ**

**MEDICINA GENERAL**

**UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**

**MORELOS 116-A JOCOTEPEC JALISCO**

**TEL: 333 9554 222**

**Consentimiento informativo Medico.**

DECLARO haber recibido oportunamente información completa y adecuada sobre mi cuadro clínico y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizaran, los riesgos que estos pueden representar y las alternativas de tratamiento disponibles. Así mismo declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y declaradas a mi entera satisfacción por el asesor médico

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

Del mismo modo, se me ha informado que es posible, atendió mi cuadro clínico, requiera de interconsultas externas, exámenes de laboratorio, traslado a otro centro asistencial y/o cualquier otro procedimiento que se estime conveniente para el tratamiento de mi enfermedad en caso de que así fuera.

Por lo tanto expuesto, declaro mi consentimiento para ser sometido a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y a las acciones que el equipo médico considere necesario en el caso de sugerir situaciones no esperadas o complicadas, es expresado en forma libre e informada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente Firma del Doctor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_