**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. rafael gomez.

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:

asd

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.

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

damian perez Firma del Doctor

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

Firma

FECHA: 6 de Octubre del 2018