



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-015 VI 10-03-2022

1. Por la presente autorizo al Doctor _____ y a los asistentes de su elección en CECIMIN S.A.S, a realizar en mí o en el(la) paciente _____ la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es)

2. El Doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las **complicaciones**, molestias y posibles **riesgos** inherentes a la intervención propuesta y en particular los siguientes:

3. El Doctor _____ me ha explicado los **beneficios** de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, descritas a continuación:

4. Se me ha informado de las **alternativas** de tratamiento existentes de las ventajas de los procedimientos a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con esta intervención.
5. Se me ha informado y entiendo que en el curso de la intervención propuesta pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el médico tratante los juzga conveniente.
6. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
7. Finalmente, manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al procedimiento propuesto y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma del paciente o persona responsable*
C.C

Testigo
C.C

*Parentesco, si firma una persona que no sea el paciente

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de los procedimiento(s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado.

Firma y Número de Registro del Médico

Fecha