CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA ATENCIÓN MÉDICA QUIRÚRGICA Y/O ESTÉTICA.

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO:

Con base en los fundamentos bioéticos, la presente carta tiene por objeto asentar que la comunicación en relación médico paciente familia sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ha sido establecida.

La edad y estado de conciencia del paciente, permite a este firmar este documento.

SI\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnóstico:

Procedimientos

Propuestos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACION SOBRE:

* BENEFICIOS
* RIESGOS
* ALTERNATIVAS

Nombre y Cedula Profesional de quien proporción la información realiza el procedimiento (MÉDICO TRATANTE).

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_ años de edad, con capacidades mentales para ello: acepto que se me explico mi enfermedad y/o padecimiento así como los procedimientos necesarios para diagnostico y/o tratamientos con sus alternativas, incluyendo beneficios y riegos; y en el entendido que se busca un beneficio y no un daño a mi persona doy mi consentimiento voluntario, sin presión alguna y por decisión propia para que se efectúen todas la medidas medicas y/o quirúrgicas que se requieran, comprendiendo que con base a mi evolución, algunas nuevas acciones serán necesarias, informándome sobre ellas, y podré optar por rechazarlas o aceptarlas. Así mismo reconozco y acepto que si se presentan contingencias y urgencias derivadas de los actos autorizados, estos sean atendidos con las medidas necesarias con base a la libertad de prescripción de mi médico tratante.

En caso que el procedimiento sea una mini liposucción ambulatoria de cualquier área del cuerpo, será obligatorio realizar los masajes en esta unidad médica para poder hacer válida la garantía del procedimiento, además de que la garantía solo se refiere a procedimientos para corregir cualquier situación NO la devolución del dinero.

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

Nombre y firma del paciente Lugar, fecha y hora.

y/o representante legal.

Testigo Testigo