



Carta de Consentimiento Informado

UNIDAD MÉDICA:	URGIA	LUGAR:	EL SALITRE	FECHA:	14 09 18	HORA:	2:00hrs
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))						No. DE EXPEDIENTE:	
MARTINEZ MENDOZA RUILO							
EDAD:	GÉNERO:	OCUPACIÓN:		ESTADO CIVIL:			
60a	<input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	campesino		casado			
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)							

Zacatlán

El médico tratante del servicio de URGIA, me ha informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y/o de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médicos y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s) POLEOCONTUNDIDO - POE DEBE ABERTURA EN REGIÓN OCCIPITAL
heridas por arma punzocortante -

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos

EXAMENES DE RX TORAX, CRANEO Y TAC DE CRANEO

Actos anestésicos

Tratamiento(s) médico(s) ASISTENCIAL

Tratamiento(s) quirúrgico(s)

Riesgos y complicaciones ANAFILAXIA A MEDICAMENTOS - INFECCIONES / SANGRE - MUERTE

He sido informado de los riesgos que conlleva el procedimiento, por lo que acepto que se lleve a cabo el (los) procedimiento (os).

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para mi tratamiento.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Testigo 1

Nombre y Firma del Paciente y/o Familiar que autoriza

Nombre y Firma del Testigo 2



