

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO

Imagen diagnóstica

ESE CENTRO DE SALUD CON CAMAS EL PEÑON-BOLIVAR CIUDAD: EL PEÑON BOL BOLÍVAR FECHA: Vie 14/Jun/2024 11:32  
FRANCISCO JAVIER CARDOZO VARGAS Nomb 79433952 Fecha nto: 05/09/1967 Años 56

INFORMACIÓN PREVIA

DATOS IMPORTANTES DEL PROCEDIMIENTO (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿CÓMO SE EJECUTA?

BENEFICIOS:

RIESGOS:

ALTERNATIVAS:

CUIDADOS POSTERIORES:

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del procedimiento que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el profesional que ejecuta . Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las entidades o personas que participaron en la ejecución del procedimiento.  
En consecuencia, decido ACEPTAR: \_\_\_\_\_ la ejecución del procedimiento. NO ACEPTAR: \_\_\_\_\_ la ejecución del procedimiento.

Firma y/o huella (En caso de que la persona no sepa o no pueda firmar)

	Firma
	Razón por la que no firma:

En caso de requerirse, identificación y firma de quien tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia (Nota: Cuanto se trate de menores de edad, deberá firmar el menor junto con la persona que tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia. La persona que no pueda o no sepa firmar podrá acudir a la firma a ruego, en los términos de ley)

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
Tipo de Identificación: RC\_\_ TI\_\_ CC\_\_ CE\_\_ OTRO\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_