**Datos de identificación del Paciente**

**Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etnia:** Afrocolombiano \_\_ Indígena \_\_ Mestizo \_\_ Negro \_\_ Palenquero \_\_ Ninguno \_\_

**Población Vulnerable:** Discapacidad Visual\_\_ De Habla\_\_ Mental \_\_auditiva \_\_ Restricciones De Movilidad \_\_ otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_ Ninguno \_\_

Una vez conocido, explicado y entendido el procedimiento, quien requiere el servicio, aceptará y firmará este documento, aclarando que el objetivo de éste es el mejoramiento de su calidad de vida, pero que si en algún momento del manejo establecido el usuario desea no continuar o no aceptar algún o todos los tratamientos propuestos está en libertad de solicitarlo.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que me han explicado y he entendido satisfactoriamente en que consiste el procedimiento y sus propósitos, también me han aclarado las dudas y me han informado las ventajas y desventajas del procedimiento.

BENEFICIOS: Este procedimiento hace parte del tratamiento instaurado por el profesional tratante, para el manejo de mi enfermedad y que tanto el medico como como el personal de enfermería tienen la idoneidad y el entrenamiento suficiente para su realización.

RIESGOS: Pueden causarse algunas reacciones no deseadas o complicaciones inherentes a la aplicación de medicamentos, tales como: equimosis, hematomas, neuropatías, intolerancia al medicamento, reacciones alérgicas o reacciones secundarias propias del medicamento u otras que se mencionan a continuación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento para aplicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es alérgico a algún medicamento: SI \_\_ NO\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALTERNATIVAS (SI APLICA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que reconozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados, teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación del estado de salud. Me han sido explicadas con lenguaje claro y sencillo y he comprendido la posibilidad de la ocurrencia de las complicaciones descritas anteriormente.

He entendido que en caso de no aceptar el procedimiento ordenado acepto totalmente la responsabilidad de las consecuencias o inconvenientes que tenga la no realización del procedimiento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |  | **PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** | |
| Leí, entendí y doy mi consentimiento para que realicen la administración de medicamentos | **SI** | **NO** |  | Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quien desempeño el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he informado el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, los beneficios, riesgos, recomendaciones pre y post procedimiento al paciente, quien refirió entender y aceptar. | |
|  |  |  |
| **Nombres completos** |  | |  |
|  |
| **Tipo y Número de Documento** |  |
|  |  | |
|  |  |
|  | **FIRMA** | |
| **FIRMA** | **HUELLA** | |  | **FECHA** |  |

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL TUTOR LEGAL O FAMILIAR** | |  | **TESTIGO** | |
|  | |  |  | |
| **TIPO ID Y NRO DE IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |  | **TIPO ID** | **NRO. IDENTIFICACIÓN** |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  | |
| **FIRMA** | |  | **FIRMA** | |

Como tutor legal o familiar del paciente, sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito. El médico me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace, y para qué sirve este procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, doy mi consentimiento para que él(los) doctor(es), y el personal auxiliar que el (ella) (ellos) precise(n) le realicen este procedimiento