|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRIMER NOMBRE** | | **SEGUNDO NOMBRE** | | | **PRIMER APELLIDO** | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | |
| ${primer\_nombre} | | ${segundo\_nombre} | | | ${primer\_apellido} | | | ${segundo\_apellido} | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO** | | **NUMERO DE DOCUMENTO** | | | **TIPO DE AFILIACION** | | | **ASEGURADORA** | | |
| ${tipo\_documento} | | ${documento} | | | ${afiliar} | | | ${aseguradora} | | |
| **EDAD** | ${edad} | **SEXO** | ${sexo} | | **FECHA** | | ${fecha} | **HORA** | ${hora} | |
| **NOMBRE DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
| **eertyr** | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
| rtrt | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
| rtyrt | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIOS QUE RAZONABLEMENTE SE PUEDEN ESPERAR DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
| tryrt\n teretr | | | | | | | | | | |
| **RIESGOS, EFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
| SI, EXISTEN OTRAS ALTERNATIVAS | | | | X | | NO, LA ÚNICA ALTERNATIVA ES NO TRATAR O NO APLICAR EL PROCEDIMIENTO | | | |  |
| **DESCRIBA LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **RESPUESTAS A INQUIETUDES MANIFESTADAS POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS INQUIETUDES** | | | | | | **RESPUESTA DEL MÉDICO TRATANTE** | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECISIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **No acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | ${rec} | **Acepto el tratamiento o procedimiento propuesto** | | | ${ace} |
| **FIRMA DEL MEDICO** | | | **FIRMA DEL PACIENTE** | | | |
| ${firma\_profesional}  CC. ${cedula\_profesional} | | | ${firma\_paciente\_acepta}  CC. ${cedula\_paciente} | | Huella  (En caso de que el  paciente refiera no saber firmar) | |
| En caso de que el paciente carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación legal. Teniendo en cuenta lo anterior, se delega la decisión según La  ley 73 de 1988 que en su Artículo 5°, traduce el orden a quien se le puede solicitar el consentimiento, para asistir médicamente a una persona. | | | | | | |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL** | ${nombre\_representante} | | **FIRMA** | ${firma\_representante} | | |
| **PARENTESCO** | ${parentesco\_representante} | | **N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | ${documento\_representante} | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO** | |
|  | |
| **FIRMA DEL PACIENTE** | **EN CASO DE QUE EL PACIENTE CAREZCA DE COMPETENCIA PARA FIRMAR, PROCEDE A FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL** |
| ${firma\_paciente\_rechaza} | ${firma\_representante\_rechaza} |