

Procedimientos Médicos

Formulario de Consentimiento Informado

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha del procedimiento: _____

Descripción del procedimiento:

He sido informado(a) de que se me realizará el siguiente procedimiento médico:

Riesgos y beneficios:

Me han explicado los riesgos, beneficios y alternativas de este procedimiento, y entiendo las posibles consecuencias.

También entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir respuestas claras antes de dar mi consentimiento.

Autorización:

Doy mi consentimiento voluntario para recibir este tratamiento/procedimiento médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del proveedor de salud: _____

Fecha: _____