

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la fecha, el/la Licenciado/a _____ me ha explicado en mi lengua natal y en términos sencillos que he entendido en su totalidad la afección que padezco denominada _____ y los riesgos que puedo correr en el futuro, tales como _____.

También me ha explicado y yo he entendido que para tratarla deberé ser sometido al tratamiento de _____ para lo cual presto mi total consentimiento.

Igualmente, se me ha explicado detalladamente y he comprendido que el tratamiento al cual habré de someterme presenta ciertos inconvenientes y riesgos, tales como _____.

Asimismo, se me informo que además del tratamiento sugerido, existen otras alternativas que poseen resultados aceptables para la afección que presento, tales como _____ pero que por razones _____ no han sido indicadas. Por tal motivo, acepto la indicación que se me ha realizado y por lo tanto autorizo al Licenciado/a _____ para que realice el tratamiento tal cual me fue informado.

Firma del Paciente o Representante

Firma del Profesional