



## CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO Y/O DIAGNÓSTICO

San Luis Potosí, S.L.P., a \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si es menor de edad o esta imposibilitado por su actual estado de salud autoriza a:

☐ Tutor ☐ Familiar ☐ Representante Legal

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Es mi voluntad acudir e internarme en esta Institución, y en pleno uso de mis facultades mentales, así como de mi capacidad legal AUTORIZO a \_\_\_\_\_  
mi Médico Tratante para que me practique el procedimiento terapéutico y/o diagnóstico denominado: \_\_\_\_\_

Mi Médico me ha informado lo siguiente:

1. Actualmente mi **DIAGNÓSTICO** en base a estudios y la sintomatología que presento es \_\_\_\_\_

2. Mi enfermedad requiere de una **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO Y/O DIAGNÓSTICO** para ser tratada, antes de que se presenten complicaciones derivadas de mi enfermedad.

3. Durante el procedimiento quirúrgico, terapéutico y/o diagnóstico a realizar pueden existir modificaciones en el procedimiento propuesto (debido a los hallazgos durante este) con la finalidad de lograr

4. Los **BENEFICIOS** a mi procedimiento son: \_\_\_\_\_

5. Existen **ALTERNATIVAS** de procedimiento a mi padecimiento actual: SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

6. Estoy consiente que cualquier procedimiento, intervención o actuación médica tiene **RIESGOS** a pesar de su correcta realización y pueden presentarse secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento.

7. Los **RIESGOS** derivados del procedimiento o atención médica son: \_\_\_\_\_

8. Los **RIESGOS DERIVADOS DE LA CONDICIÓN ACTUAL DEL PACIENTE** (antecedentes personales patológicos y antecedentes personales no patológicos) son: \_\_\_\_\_

9. La administración de cualquier medicamento puede generar efectos alérgicos y/o anafilácticos, sin ser responsabilidad directa o indirecta del médico por lo que en caso de contingencia y/o urgencia autorizo al personal médico realicen los actos médicos necesarios atendiendo al principio de prescripción médica.

En base a lo anterior declaro y hago constar que he sido debidamente informado por mi médico tratante acerca de la intervención quirúrgica y/o procedimiento al cual voy a ser sometido y se me han explicado riesgos, **BENEFICIOS**, y alternativas. A sí mismo conozco los **RIESGOS** y/o secuelas que pudieran derivarse del acto quirúrgico y / o de alto riesgo y/o diagnóstico, pese a que los médicos realicen todo lo que este a su alcance. Conozco los cuidados que debo tener antes y después del procedimiento médico y hago constar que se me han **ACLARADO TODAS MIS DUDAS** respecto al procedimiento; que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el contenido de este escrito en su totalidad.

Otorgo mi consentimiento y autorizo a mi médico tratante para realizar el procedimiento antes descrito, y en pleno uso de mis facultades mentales y en calidad legal (artículos 80,81,82, y 83 del reglamento de la ley general de salud), en mi condición de:

- ☐ Paciente ☐ Familiar ☐ Representante Legal
- ☐ Autorizo el procedimiento y/o intervención quirúrgica.
- ☐ Autorizo se realicen actuaciones oportunas, modificaciones en la intervención médica, para evitar complicaciones que pudieran surgir durante la intervención.

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Médico Tratante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del Responsable, Tutor  
o Representante Legal.**

**Testigo:** \_\_\_\_\_

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

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Identificación:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_

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

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Identificación:** \_\_\_\_\_