

HOJA DE CONSENTIMIENTO

SALUD
Dirección Municipal
de Salud Pública
Hospital Municipal del Niño



Durango, Dgo., a _____ de: _____ de 20 _____
Nombre del paciente: _____
Nº de expediente: _____

Por este medio manifiesto a usted que se me ha proporcionado información clara, concisa, precisa y satisfactoria acerca del diagnóstico de mi paciente, que motiva el internamiento en esta unidad hospitalaria.

Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento indicado por el médico, toda vez que se me han explicado ventajas, desventajas, posibilidades de éxito y fracaso, efectos secundarios y eventuales, complicaciones a corto y largo plazo, reconociendo que puedan presentarse circunstancias imprevisibles e inesperadas que obliguen un cambio en la terapéutica médica o quirúrgica inicialmente propuesta. Así mismo, doy mi consentimiento para que se realicen los estudios necesarios para confirmar o corregir diagnóstico, llevar control de la terapéutica o para establecer pronóstico.

Reconozco que he leído o me han leído y explicado completamente este documento, que comprendo plenamente su contenido, que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y todas han sido explicadas a satisfacción, y que el médico tratante se compromete a proporcionarme información actualizada, que se obtenga en los estudios y de la respuesta a los tratamientos médicos y quirúrgicos establecidos. Entendiendo que conservan el derecho de suspender mi consentimiento o retirar a mi paciente del internamiento en cualquier momento en que se considere conveniente, liberando de toda responsabilidad a la institución y al médico tratante con respecto al padecimiento de mi paciente.

Con base en lo anterior, reitero mi plena autorización a los médicos de esta unidad para efectuar el tratamiento médico y/o quirúrgico y realizar las investigaciones que se requieran.

Acepto los riesgos que el uso de dichos procedimientos implique, me comprometo a someterme a todas las disposiciones y reglamentos del Hospital Municipal del Niño.

Se otorgará crédito previa valoración por el Departamento de Trabajo Social, el cuál se cubrirá en su totalidad al momento de su alta hospitalaria.



Nombre y firma del familiar responsable
del paciente o representante legal