

PERFECT BODY MEDICAL CENTER

Identificación Interna: 900223667

Cód. Habilitación: 470010087701

Dirección: Cra 20 No 15 - 110, Barrio El Jardín Teléfono: 4217901

Fecha de Impresión: 2018-03-28 18:37

Fecha de Atención: 2018-03-28 18:37

Impreso por: lpartuz

Centro de atención: SEDE PRINCIPAL

Paciente: CE- 635473 - AALT EVERT WATERWED

Fecha de nacimiento: 1961-01-18

Régimen: 5 - Otro

Dirección Residencia: PASO DEL MANGO

Teléfono: 3167261294

Ocupación:

Acompañante:

Responsable:

Administradora: COLSANITAS S.A.

Edad: 57 año(s) y 2 mes(es)

Nivel: I

Lugar: Santa Marta - Magdalena

Parentesco:

Sexo: M

Estado civil:

Carnet:

Teléfono:

Teléfono:

Tipo Vinculación: Cotizante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

CIUDAD: SANTA MARTA

Consentimiento otorgado en condición de: ☒ Paciente ☒ Familiar ☐ Acompañante

Procedimientos a Realizar:

862302 - DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS EN AREA ESPECIAL (CARA CUERO CABELLUDO

1. CUELLO MANOS PIES PLIEGUES DE FLEXION GENITALES) DE MAS DEL CINCO 5% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL

Cups:

2. 862341 - ESCARECTOMIA AVULSIVA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL

Cups:

3.

Cups:

En caso de que el reconocimiento sea requerido de un menor, deberá ser otorgado por su madre, padre o representante legal deberá obtener el presente consentimiento, excepto cuando la urgencia del caso exija una intervención inmediata, o cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan de lo cual deberá dejar constancia en la historia clínica. En cumplimiento de los artículos 14, 15 y 16 de la Ley 23 de 1981, en concordancia con los artículos 9, 10, 11, 12, 13 y 14 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981, en armonía con el artículo 11 de la Resolución No. 1995 de Julio 8 de 1999, del Ministerio de Salud, y la Circular Externa No. 012 de Junio 24 de 1993, numeral 4.2.9, del mismo Ministerio, el paciente, sus familiares o allegados o representantes legales en caso de tratarse de menores de edad, otorgan el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO o CARTA DE RIESGOS BENEFICIOS para la practica del procedimiento medico o amba señalado.

Yo, Aalt Waterwed, identificado con cedula de ciudadanía No. 635473 obrando en la condición arriba invocada, hago las siguientes declaraciones:

- Por medio del presente documento, y en pleno uso de mis facultades mentales y sin imitaciones o impedimentos de carácter medico legal, en forma libre otorgo mi CONSENTIMIENTO, para que mi persona (cuando el consentimiento es otorgado por el paciente), o en la persona del paciente arriba indicado, para la practica del procedimiento medico o quirúrgico arriba señalado.
- El medico tratante y/o los profesionales médicos de la institución que intervendrán en el procedimiento medico o quirúrgico, previa evaluación de las condiciones en salud del paciente, y teniendo en cuenta que ni el paciente, ni ninguna otra persona les han informado sobre los antecedentes que hagan desaconsejable la practica del procedimiento, me manifiestan que lo consideran procedente, advirtiéndome que de acuerdo con las normas sobre ética medica, pueden sobrevenir beneficios o complicaciones, molestias posibles alternativas y riesgos para su realización, por lo cual no se hacen responsables de eventuales resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de difícil prevención.
- PERFECT BODY MEDICAL CENTER, el medico tratante y / o los demás profesionales que intervendrán en el procedimiento medico o quirúrgico, quedan autorizados para llevar a cabo la practica de conductas o procedimientos médicos adicionales que puedan llegar a ser necesarios y justificados, como una consecuencia imprevisible del procedimiento que mediante este documento autorizo.
- He sido advertido sobre los riesgos que comporta el suministro de la anestesia, y he recibido satisfactorias y claras explicaciones sobre el particular por parte del profesional encargado de ello.
- Bajo el entendido que la obligación del medico se dirige a aliviar los males sufridos por el paciente, acepto la practica del procedimiento o las adicionales que llegaren a ser requeridos comprendiendo que de no obtenerse un resultado favorable como se espera ello no compromete la responsabilidad del medico tratante y/ o demás intervinientes, ni de la institución hospitalaria.
- Por ultimo, declaro que el presente documento ha sido leído y entendiendo en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido absueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de interés.
- Hace parte del presente CONSENTIMIENTO INFORMADO, las observaciones donde se me explica concretamente en que consiste el procedimiento medico o quirúrgico, sus riesgos y sus beneficios, el cual me han sido leídos, y en constancia de todo lo anterior, firmo el documento o imprimo mi huella digital por no saber firmar.

OBSERVACIONES:

Aalt Waterwed

Nombre/ Firma de quien acepta el consentimiento informado
C.C No 635473

Nombre/ Firma del medico que realiza el procedimiento
C.C No
Reg. MD

