



7. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

X Fecha: 3-10-2019

Hora:

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales y familiares de mi estado de salud, consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento.

Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de manera clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consciente de que en cualquier momento, durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. Conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

X Y Ena del Cisne Quinole Vega.

X *[Firma]*

Firma del paciente

Nombre del paciente

Dr Calderón

Nombre del profesional que realiza el procedimiento

Firma, sello y código del profesional de la salud que realiza el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad de firmar el consentimiento informado:

Nombre - representante legal: _____

Cédula de ciudadanía: _____

Parentesco: _____

Firma-representante legal: _____

0992078079

Jueves 3 de Octubre 2019
gac Dr Calderón

Si no, no autorizo y me comprometo a no autorizar al profesional sanitario que me atiende

Firma del representante legal

Firma del profesional tratante



Y CI 171132512-4

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

Servicio del establecimiento de salud:

NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	Edad	TIPO DE ATENCION	FECHA	HORA
Quinde	Vega	Ana del Cisne	49	Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/>		

Diagnóstico Principal
(codificación CIE10):

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (sencilla y sin términos técnicos)

Nombre del procedimiento recomendado: HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA FLEXIBLE

¿En qué consiste?: ES UNA EXPLORACIÓN QUE PERMITE VER EL INTERIOR DEL ÚTERO

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"
GINECOLOGIA
CONSULTA EXTERNA

NOMBRE: Quinde Vega Ana del Cisne

C.I.: 1711325124

H. CLINICA: 1084126

DIAGNOSTICO: Polipo Endometrial Vs Tumor

HISTOPATOLOGICO:

TIPO DE PROCEDIMIENTO: COLPOSCOPIA

HISTEROSCOPIA

HISTEROSONOGRAFIA

20522808

PARA AFILIADA PARA TOMAR TURNO DIRIGIRSE AL SERVICIO DE GINECOLOGIA (HOSPITALIZACIÓN) SEGUNDO PISO CON LA LIC. ELIZABETH MEDINA DE LUJAN EN EL HORARIO DE 13H00.

FECHA Y HORA: