

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**De atención y prescripción médica dermatológica**

Yo Mayra Cárdenas Castillo autorizo al

**Dr. Hugo Alarcón Hernández** especialista en **Dermatología** con cédula **0018576** como mi médico tratante de mi (y/o) familia \_\_\_\_\_ edad: 41 años sexo: F y número de teléfono: 4811243908 que acudo a consulta externa de primera vez X subsecuente \_\_\_\_\_, de **Dermatología**, lo cual manifiesto consciente, sin presión y es mi voluntad acudir con él para mi atención médica. Para lo cual me interrogará sobre mi enfermedad y comorbilidades, me explorará, el área afectada incluyendo el área genital si fuera necesario, lo cual lo hará siempre con la presencia de la Enfermera. Así mismo me solicitará estudios de laboratorio y hasta una biopsia de piel según mi enfermedad, me prescribirá una receta médica en la que se indicarán los nombres de los medicamentos, forma de uso y tiempo que debo tomarlos. Así mismo si fuera necesario mandará una cita subsecuente para valorar la evolución de mi enfermedad. Todo lo anterior apegado a la ética, profesionalismo y responsabilidad y con base en el principio de libertad prescriptiva, de acuerdo a lo establecido en las normas oficiales mexicanas (NOM 001 y NOM 234).

Así mismo tiene la responsabilidad de explicarme sobre el diagnóstico y la forma de tratamiento, la prescripción y algunos de los efectos secundarios que pudieran presentarse durante el tratamiento, aclarándome que derivado del tratamiento pudiera presentarse una reacción alérgica y/o de contacto. Lo cual no es posible saberlo antes de aplicar o tomar el tratamiento. Que todos los organismos reaccionan diferente y esto lo excluye de cualquier responsabilidad, ya que no es su intención causar algún daño colateral, para lo cual se señala lo siguiente:

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Procedimiento propuesto: \_\_\_\_\_

Beneficios: \_\_\_\_\_

Riesgos: reacción a cualquiera de los componentes del tratamiento,

otros: \_\_\_\_\_

Alternativas de manejo diagnóstico o de tratamiento: \_\_\_\_\_

Testigo 1: nombre completo y firma \_\_\_\_\_

Testigo 2: nombre completo y firma \_\_\_\_\_

Lugar: Clínica ProPiel Fecha: 2025-09-23 Hora: 11:00:00

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_

