

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MEDICINA GENERAL

Nombre del paciente:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Nombre del médico:

Especialidad:

Diagnostico:

Procedimiento:

El médico realizará una consulta general que incluye:

- Revisión de la historia clínica
- Exploración física
- Toma de signos vitales
- Solicitud de pruebas diagnósticas, si es necesario
- Prescripción de medicamentos, si es necesario

Riesgos:

Los riesgos de la consulta general son generalmente bajos. Sin embargo, en algunos casos, pueden presentarse los siguientes:

- Molestias leves por la toma de signos vitales
- Reacción alérgica a la medicación
- Dolor o hematoma en el sitio de la inyección

Beneficios:

- Detección temprana de enfermedades
- Prevención de complicaciones
- Mejoramiento de la salud general

Declaración:

Yo, _____, he leído y entendido la información proporcionada en este consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido resueltas. Por lo tanto, doy mi consentimiento libre y voluntario para que el Dr./Dra. _____ realice la consulta general.

Firma Paciente o Tutor

Firma Medico

Este consentimiento informado se entrega al paciente o al representante legal para su archivo.

En el caso de niños menores de edad, el consentimiento informado debe ser firmado por el padre, madre o tutor legal.

El paciente tiene derecho a negarse a cualquier procedimiento o tratamiento en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a solicitar una segunda opinión médica.