



FORMATO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo _____ de _____ años.

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo a que me sea dada la consulta, consejería y/o el procedimiento médico _____, teniendo en cuenta que:

He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.

He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.

Estoy satisfecho (a) con la información proporcionada.

Reconozco que todos los datos proporcionados referente al historial médico son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en el tratamiento.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento.

Nombre y firma de testigo
paciente

Nombre y firma del

Nombre y firma del médico

