

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CONSULTA Y ESTUDIO DE INFERTILIDAD
Página <b>2</b> de <b>37</b>	01

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre femenino)

\_\_\_\_\_  
(Nombre masculino)

En calidad de: \_\_\_\_\_

En este acto médico el (la) doctor (a): \_\_\_\_\_  
previo análisis de sus antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, les ordenará exámenes diagnósticos para tratar de encontrar la causa por la cual posiblemente no logran un embarazo.

Si no informan adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos sin que estos resultados sean atribuibles a su médico.

Algunos resultados pueden ser demorados, algunos incómodos o le pueden producir dolor. En ocasiones no se encuentra la causa de infertilidad con la inmediatez esperada y serán necesarios otros exámenes más complejos. En un porcentaje importante no se puede encontrar la causa, declarándose una infertilidad inexplicable. Algunas pacientes se pueden embarazar durante el transcurso de la realización de dichos exámenes.

Entendemos todo lo arriba escrito y también entendemos que si decidimos no realizar los exámenes diagnósticos y/o los tratamientos ordenados, las consecuencias son ajenas del actuar de mi médico sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Paciente

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_