



# PRO-PIEL

## “Salud y belleza en cada detalle”

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

De atención y preinscripción medica dermatológica

Yo \_\_\_\_\_, autorizo al Dr. Hugo Alarcón Hernández especialista en Dermatología con cédula 0018576 como mi médico tratante de mi (y/o) familia: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_ que acudo a consulta externa de primera vez: \_\_\_\_\_ 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 proporcionará una receta médica en la que indicaran los nombres de los medicamentos, forma de uso y tiempo que debo tomarlos así mismo si fuera necesario mandara 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 aplicables (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 qué 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 lo hace con base en su conocimiento y experiencia médica, 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: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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