[Nombre o razón social del consultorio] · [Domicilio] · [Teléfono]

Carta de consentimiento informado

Contenido mínimo según el apartado 10.1.1 de la NOM-004-SSA3-2012.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Institución a la que pertenece (en su caso): _____
Nombre, razón o denominación social del establecimiento: _____
Lugar y fecha de emisión: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____
Edad: _____
Sexo: _____
Número de expediente: _____

ACTO MÉDICO AUTORIZADO

Procedimiento o tratamiento que se autoriza: _____

_____

Médico que lo realizará: _____

RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS

Beneficios esperados: _____

_____

Riesgos y posibles complicaciones: _____

_____

_____

Alternativas explicadas al paciente: _____

_____

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Declaro que el médico abajo firmante me explicó, en lenguaje claro, en qué consiste el acto médico, sus beneficios esperados, sus riesgos y las alternativas disponibles; que pude hacer preguntas y que fueron respondidas. Autorizo libremente su realización.

Autorizo también al personal de salud a atender las contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Sé que puedo revocar esta autorización antes de que se realice el procedimiento.

FIRMAS

_____

Nombre completo y firma del paciente

Si el estado de salud del paciente no le permite firmar, o es menor de edad o incapaz: nombre completo, parentesco y firma del familiar más cercano, tutor o representante legal.

_____

Nombre completo, parentesco y firma del representante

_____

Nombre completo y firma del médico que informa y recaba el consentimiento

_____

Testigo 1: nombre completo y firma

_____

Testigo 2: nombre completo y firma

Plantilla de referencia publicada por Kensa (holakensa.com). Revisa y adapta su contenido con el responsable clínico y tu asesor legal antes de usarla. No sustituye la lectura de la NOM-004-SSA3-2012 ni la evaluación de las obligaciones de tu consultorio.