



Consentimiento para Operación, Anestesia y Otros Servicios

1. Autorizo que se realicen a \_\_\_\_\_ lo siguiente:
(mi persona o nombre del paciente)

Operación o procedimiento: \_\_\_\_\_

(indique la naturaleza y alcance de la operación o procedimiento que se realizará)

bajo la dirección del Dr. \_\_\_\_\_, a los asistentes que pueda seleccionar para realizar dicha operación o procedimiento.

- 2. Reconozco que durante la operación puede ser necesario aplicar enfoques o servicios diferentes al procedimiento indicado anteriormente.
3. Comprendo que los procedimientos mencionados anteriormente pueden requerir que se me someta a alguna forma de anestesia;
4. Doy mi consentimiento para que se fotografíe se grabe en video u otro medio de observación de la operación o procedimientos que se realizaran;
5. Además, comprendo que durante este procedimiento pueden estar presentes personas en capacitación o estudiantes de medicina, enfermería, asociados de servicios de salud y que pueden observar o ayudar en mi atención, bajo la dirección de mi cirujano y de otros miembros del personal del hospital.
6. Doy mi consentimiento para la presencia de representantes de venta clínicos durante el procedimiento.
7. Doy mi consentimiento para la eliminación adecuada (por parte de las autoridades del hospital) de los tejidos o miembros que se extirpen durante el transcurso del procedimiento quirúrgico.
8. Mi médico, el Dr. \_\_\_\_\_, me explicó la naturaleza, el propósito y las posibles consecuencias del procedimiento quirúrgico que se realizará.
9. SE ME EXPLICÓ A MI, EL SUSCRITO, ESTE FORMULARIO Y COMPRENDO COMPLETAMENTE EL CONTENIDO DE LA AUTORIZACIÓN.

Firma: \_\_\_\_\_
(Paciente o persona que da la autorización)

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)

Testigo: \_\_\_\_\_
(Testigo de la firma o consentimiento por teléfono)

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_
(Testigo de la firma o consentimiento por teléfono)

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

LE EXPLIQUÉ LOS RIESGOS, LOS BENEFICIOS, LAS POSIBLES COMPLICACIONES Y LAS ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO AL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL. HE RESPONDIDO TODAS LAS PREGUNTAS A SATISFACCION DEL PACIENTE, Y EL ME HA DADO SU CONSENTIMIENTO PARA CONTINUAR.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora



CONOP