

	NOMBRE DEL PACIENTE		
	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	CAMA
	CARGO	EDAD	FECHA
ECL-001-06-09- Version 09	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO CON EL PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria en mi calidad de paciente, o representante legal, **DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA** que he recibido del médico tratante una completa información acerca de lo siguiente:

Se me ha explicado que nuestro país se encuentra en fase de transmisión comunitaria de COVID-19 y es posible que actualmente mi organismo se encuentre en periodo de incubación o sea portador asintomático. También comprendo que debido a esta misma situación existe riesgo de contagio durante mi estancia.

En caso de ser un portador asintomático los riesgos quirúrgicos de complicaciones aumentan en forma importante.

El alcance de este consentimiento comprende desde un tratamiento hasta un procedimiento medico mínimo o de abordaje extenso. De ser necesario realizar un procedimiento distinto puedo requerir un consentimiento informado específico dependiendo del problema a tratar.

La situación actual que presento es:

El manejo propuesto consiste en:

La alternativa que existe para mi situación actual puede ser:

Los riesgos posibles de acuerdo a mi condición personal son:

Entiendo que la situación que presento implica riesgos, por mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas, tratamientos actuales o previos, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona el tratamiento al que he decidido someterme; Otras complicaciones menos frecuentes, pueden representar un riesgo excepcional de perder la vida, derivado de una reacción anafiláctica o una respuesta por mi condición en particular; también se me explica que podría requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

Los beneficios esperados del tratamiento propuesto son:

Comprendo que la institución participa en la enseñanza de profesionales de la salud, por lo que autorizo al personal en formación, que colabore en la atención clínica que se brinde durante mi estancia hospitalaria.

Autorizo SI NO al médico para solicitar y utilizar durante la atención, en caso de que considere necesaria una transfusión sanguínea o hemoderivados como glóbulos rojos, plaquetas, factores de coagulación y plasma.

Con pleno conocimiento de lo anterior **Do yo mi consentimiento** y autorizo a realizar el tratamiento propuesto, así como la atención de contingencias y/o urgencias en caso necesario

Firma del paciente, familiar
o representante legal

Nombre y firma del médico

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgo.

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

Chihuahua, Chih

Fecha_____

Hora_____

Yo, _____

Después de ser informada (o) de la naturaleza y riesgos del manejo propuesto, manifiesto de forma libre y consciente, revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre y firma del paciente, familiar o representante legal
