



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

F-HC-7  
Versión 1

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con \_\_\_\_\_ en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante o par médico, otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CLINICA CES me practique LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA ordenados por el médico o asociados al cuidado.
2. Algunos de los procedimientos son: Toma de muestras de laboratorio, aplicación de medicamentos venosos y orales, paso de sondas, canalización venosa, curaciones, y otros que el médico ordene
3. Aunque son procedimientos seguros, pueden presentarse complicaciones como: Hematomas, infecciones, dolores locales o sangrados y otros impredecibles.
4. Declaro que he sido advertido(a) por el personal de enfermería sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, y que la práctica de los mismos compromete una actividad de medio en el campo diagnóstico y/o terapéutico, pero no de resultado.
5. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés.

### OTRAS CONSIDERACIONES

---

---

---

### CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Como paciente: SI\_\_\_ NO\_\_\_

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI\_\_\_ NO\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que informa el consentimiento: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que recibe el consentimiento: \_\_\_\_\_