



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS MEDICOS

F-HC-3  
Versión 3

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

Como USUARIO de esta institución, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, otorgo libremente mi consentimiento a la CLÍNICA CES para que por medio de sus médicos en ejercicio legal de su profesión así como de los demás profesionales de la salud que sean necesarios y de aquellos que se encuentran en periodo de formación (pero siempre bajo la supervisión de un médico titulado) para tratarme y para que se me practique la siguiente intervención: \_\_\_\_\_

Autorizo también la práctica de procedimientos adicionales a los anteriores, si en el curso de la intervención se presentara una situación imprevista o inadvertida que a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

He sido evaluado por los médicos de la CLÍNICA CES con el objeto de identificar mi estado de salud. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad y del procedimiento a realizar. Se me ha explicado el motivo por el cual es necesario el procedimiento consentido y las alternativas terapéuticas o diagnosticas que existen. He sido advertido sobre los riesgos previstos y consecuencias que pueden derivarse de la intervención consentida. Declaro que he recibido explicaciones satisfactorias sobre su alcance y que me han aclarado las dudas que he tenido.

Se me advierte como USUARIO los siguientes riesgos, entre otros: Reacción a medicamentos, hemorragia, anemia, infección, lesiones y rupturas de órganos, tejidos, venas, arterias, músculos, nervios, coágulos de sangre en las venas, arterias y pulmones, ahogamiento por falta de oxígeno, lesiones cardiacas y cerebrales. Como es imposible enumerar todos los riesgos acepto someterme a la intervención asumiendo no solo los riesgos anotados sino otros no consignados en este documento.

Acepto que se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre riesgos no mencionados en la lista y se me suministro una explicación satisfactoria. Entiendo como USUARIO que con la intervención que me van a realizar no pueden garantizarme los resultados o la curación.

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.

### **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 \_\_\_

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

Fecha del consentimiento: \_\_\_\_\_

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas, procedimiento especial propuesto y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, pariente/representante comprenden completamente lo que he explicado.

### **OTRAS CONSIDERACIONES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Médico cirujano: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_

CC.No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Registro Médico N° \_\_\_\_\_