



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS EN CLÍNICA  
DE HERIDAS**

**F-HC-10  
Versión 1**

Yo \_\_\_\_\_ ,  
identificado con CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo en forma voluntaria al  
Servicio de Clínica de heridas de la Clínica CES para realizar la(s) curación (es) de la(s) herida(s) que  
presento, utilizando para ello los siguientes insumos:

---

---

---

---

Del mismo modo autorizo para que se hagan los registros fotográficos que se requieran para el  
seguimiento de mi tratamiento, siempre y cuando no se revele mi identidad. Estas fotografías sólo  
podrán ser utilizadas con fines asistenciales, académicos o de entrenamiento del personal de la salud.

Manifiesto que he sido informado por el médico tratante y/o la enfermera, sobre las características,  
beneficios, precauciones y posibles efectos adversos o secundarios del (los) producto(s) que se me  
aplicará(n):

---

---

---

---

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

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

Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor de edad, representante legal, familiar u  
otras personas que figuren como tales en la Historia Clínica) **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

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

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

Número de documento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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