

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS
DE ALTO RIESGO**

Lugar y Fecha _____

Nombre: _____ No. de Expediente: _____ , edad _____

Identificado con: _____

Nombre del Familiar Responsable: _____

Identificado con: _____

Representante Legal: _____

Identificado con: _____

Por medio de la presente manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimientos que se realizarán en mi persona, de sus beneficios, riesgos y complicaciones, y autorizo al personal de salud de este hospital para efectuar:

así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Médico Tratante
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Familiar Responsable

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente.