

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DE
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

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 se me explicaron a mi entera satisfacción los diagnósticos, el pronóstico, las Alternativas de tratamiento y sus posibles complicaciones de la aplicación de procedimiento anestésico al cual seré sometido.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes a los conceptos antes mencionados, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente; por lo tanto autorizo a los médicos del servicios de Anestesiología y a sus asistentes a realizar el procedimiento anestésico indicado de conformidad al tipo de intervención quirúrgica, método diagnóstico y/o terapéutico; así como, para atender las 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: