

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
PARA CIRUGÍA**

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.

Así mismo he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al (los) procedimiento (s), las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente; por lo tanto **autorizo**

a los médicos del Servicio de: _____ y a sus asistentes

A realizar la (s) intervención (es) quirúrgica (s), _____

así como, para atender las contingencias y urgencias, bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 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: