

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

\_\_\_\_\_

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN  
AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA**

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 acepto y autorizo al personal de este hospital a realizar en mi cuerpo la amputación de: \_\_\_\_\_

Así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida, 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.