

Consentimiento informado

N.º de identificación del cliente _____ Nombre completo del cliente

Fecha de nacimiento _____

Nombre completo del médico

Centro _____

1. DIAGNÓSTICO: _____

2. TRATAMIENTO: _____

a. BENEFICIOS Y RESULTADOS:

b. RIESGOS COMUNES E IMPORTANTES:

c. ALTERNATIVAS:

d. COMPLICACIONES:

e. PROBABILIDADES RELATIVAS DE ÉXITO:

f. EXPECTATIVAS:

3. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (Tache las partes que no sean apropiadas)

a. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a (nombre del proveedor)

_____ del (centro) _____, y a los
asistentes que dicho proveedor apruebe, a realizar el tratamiento mencionado
anteriormente. Todas mis preguntas, si las hubiera, han sido respondidas de manera
satisfactoria. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los
resultados que se puedan obtener.

b. Doy mi consentimiento para llevar a cabo el tratamiento mencionado anteriormente y
cualquier tratamiento adicional que el personal clínico considere necesario o
conveniente durante el tratamiento planificado.

c. Doy mi consentimiento para el ingreso de observadores, de acuerdo con las prácticas
habituales del centro mencionado anteriormente.

d. He recibido mi plan de tratamiento.

- i. Entiendo que seguir el plan es un componente importante para que el tratamiento dé buenos resultados.
- ii. Entiendo que puedo retirarme del tratamiento.
- iii. Entiendo que el tratamiento puede incluir a médicos externos.

4. PACIENTE: Entiendo la naturaleza de mi condición, el tratamiento propuesto, sus riesgos y alternativas, así como los resultados esperados, y por la presente, solicito que se realice el tratamiento.

DESEO/NO DESEO los servicios de un traductor.

Firma del testigo Firma del paciente

Fecha

Hora

5. SI EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR O ES MENOR DE EDAD, COMPLETE LO SIGUIENTE: El paciente es menor de edad (menor de 14 años) o no puede firmar porque: Yo, _____, patrocinador/tutor legal de, comprendo la naturaleza de la condición del paciente, el tratamiento propuesto, sus riesgos y alternativas, así como los resultados esperados tal y como se describen anteriormente, y por la presente solicito que se realice el tratamiento. DESEO/NO DESEO los servicios de un traductor.

Firma del testigo Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Hora

6. PROVEEDOR DE ASESORAMIENTO: He asesorado a este paciente sobre la naturaleza de su condición, el tratamiento propuesto, los riesgos, las alternativas y los resultados esperados.

Firma del proveedor que obtiene el consentimiento

Fecha

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

7. TRADUCTOR Yo, _____, he traducido la información y el asesoramiento presentados de forma oral a la persona que da su consentimiento. También le he leído el formulario de autorización en el idioma _____ y le he explicado su contenido. Según mi leal saber y entender, comprendió esta explicación.

Firma del traductor

Fecha