

## 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 parent/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