

	FORMATO CONSENTIMIENTO O DISENTIMIENTO INFORMADO	Código: 1100-10-12
		Versión: 03
		Fecha de actualización: Febrero de 2017
		Página 1 de 1

Lo invitamos a leer el presente formato, que tiene por objetivo garantizar el respeto a sus derechos y decisiones, durante la atención que se realiza en la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.

SOBRE MI ESTADO DE SALUD: tengo <i>(describa)</i>		
EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PROPUESTO ES:		
☐ Prueba HIV (SIDA)	☐ Sutura	☐ Curva Glicemia
☐ Paso de sonda	☐ Administración de medicamentos	☐ Prueba de Hepatitis B
☐ Venopunción	☐ Drenaje de absceso	Otro <i>(describa)</i>
☐ Hospitalización	☐ Aplicación de implante subdérmico	
☐ Inserción de DIU	☐ Extracción de cuerpo extraño	
LOS BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO SON:		
LOS RIESGOS AL REALIZARLO SON:		
LOS RIESGOS DE NO REALIZARLO SON:		
LAS ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PROPUESTO SON:		
<i>Existe la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento, en tal caso debo informar mi decisión al médico tratante</i>		

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se describe, y AUTORIZO ____ o RECHAZO ____ (marque con X) que el personal asistencial del hospital realice mi atención. Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de los procedimientos que serán realizados, de los riesgos que ellos conllevan, y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento o disentimiento informado. (En caso de personas con afectación mental, firma su representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE (*) _____

Documento de identidad _____ Teléfono _____

Firma _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (*) _____

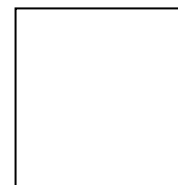
_____ Documento de identidad _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO (*) _____

Firma y/o sello _____ Documento de identidad _____

Fecha (día, mes y año) _____

(*) De puño y letra



Huella digital