SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.
U N E M E PEDIÁTRICA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICO

NOMBRE DEL PACIENTE:_____ F. NACIMIENTO: D D / M M / A A A A

EDAD:_____ SEXO:_____ No. REGISTRO:_____

DOMICILIO:_____TEL:_____

YO:_____, **PARENTESCO:** _____
(FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL)

RESPONSABLE DE _____, **CON FECHA DE NACIMIENTO:** D D / M M / A A A A
(NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE)

Paciente de la UNEME PEDIÁTRICA, de los servicios de Salud de Nuevo León, doy mi consentimiento al personal de salud de dicha unidad, para efectuar el procedimiento médico: _____, que consiste en:

_____

_____

El cual es necesario para el tratamiento (entiendo que dicho procedimiento puede ser diagnóstico y/o terapéutico), o lo que el médico tratante considere importante y necesario para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Todo ello en los términos de los **Artículos 80, 81 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud** en materia de prestación de servicios de atención medica en vigor y la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico **(NOM-004-SSA3-2012).**

Manifiesto que he sido informada (o) claramente de los fines de este documento, los beneficios que obtendré con este procedimiento de diagnóstico y/o terapéutico que se propone:_____

_____

y de los riesgos inherentes al mismo:_____

_____

Así mismo me han informado que en caso de no aceptar el procedimiento médico, mi padecimiento podría presentar las siguientes complicaciones:

_____

_____

También me han informado que mi (s) alternativas (s) es (son):

_____

_____

Declaro mi conformidad con la presente autorización y entiendo todo lo que se realice quedará contenido en el Expediente Clínico.

NOTA ACLARATORIA: En caso de incapacidad (menor de edad) o física el consentimiento deberá ser firmado por el familiar más cercano que le acompañe, por el tutor o representante legal, a falta de cualquiera de ellos y/o en caso de extrema urgencia, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados de la unidad, además del médico responsable del procedimiento, dejando por escrito constancia en el expediente clínico.

En Isabel la católica #1100 Col, Fracc. Centro de Monterrey, Nuevo León a: D D **de** _____ **del** A A A A
HORA: H H **:** M M

AUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Si no puede firmar) **HUELLA DIGITAL**

MÉDICO TRATANTE (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)	**CÉDULA**	**PACIENTE, FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL** (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)

TESTIGO 1 (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)	**TESTIGO 2** (NOMBRE Y FIRMA DE TESTIGO)

SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN, O.P.D.

U N E M E PEDIÁTRICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICO

FECHA: D D / M M / A A A A

HORA: H H : M M

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado, el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y lo que derive de ella, conciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

(Si no puede firmar)
HUELLA DIGITAL

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE, FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

HORA: H H : M M

Por la presente, **REVOCO** el consentimiento otorgado en fecha D D / M M / A A A A y es mi deseo no proseguir con el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se indica en mi o en mi representado a partir de esta fecha D D / M M / A A A A, relevando de toda responsabilidad al personal de salud de la unidad, toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

(Si no puede firmar)
HUELLA DIGITAL

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE, FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL