SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON

Consentimiento de Aceptación de Servicio de Primer Nivel

Por medio de la presente yo C. [redacted] informo que de manera voluntaria y sin presión alguna, acudo a la unidad C.S.U. NUEVA MORELOS para ser atendido [redacted] ión, atención y prevención en lo que a mi salud se refiere. Estoy informado que el médico y el personal que presta sus servicios en este establecimiento, requieren de información completa, precisa y veraz que no llevan ninguna otra intención que procurar mi salud actual y/o futura y que será manejada con la mayor discreción sin comprometer mi honorabilidad ni la de mis allegados. Cualquier información obtenida de los procedimientos médicos o resultados solo estará disponible bajo mi previa autorización.Sin embargo, al firmar este consentimiento, permito a los médicos y/o personal de salud disponer de los registros para los comités institucionales y gubernamentales, si la información es obtenida de este programa se volviera pública, siempre será en total anonimato.

Estoy plenamente enterado que cualquier tratamiento y evaluación diagnóstica es voluntaria y soy libre de rehusar mi consentimiento para continuar el tratamiento sin riesgo a perder los servicios o con penalizaciones o interferencia en mis futuras atenciones. No obstante, estoy enterado y en pleno conocimiento que la suspensión de (los) tratamiento (s) o sus modificaciones no supervisadas, pueden condicionar en serias complicaciones que incluso podria poner en peligro la vida

La secretaría de salud asignará al personal de salud que me atiende y entiendo que tengo la libertad de escoger el facultativo que me prestará atención aunque existe personal designado por la institución. De igual forma estoy consciente y acepto que tanto el médico como el personal que me atenderá pueden ser sustituidos por necesidades del instituto,departamento y/o servicio, sin que por ello esta autorización pierda sus alcances y efectos legales

Estoy enterado que el personal médico y el personal de salud tiene como objetivo y obligación darme información concerniente a mi estado de salud y como mejorarla. Dicho informe deberá ser claro y apegado a la realidad, aunque no sean buenas noticias. Aun así,tengo derecho a solicitar y que se me facilite una segunda opinión.

Sé también,que siendo mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, soy la única persona que podrá decidir sobre todo aquello que afecte mi salud, aceptando las consecuencias que de ello se derive. De no reunir estas características será designada otra persona responsable de tomar dichas decisiones, pero solo ante esta y ninguna otra circunstancia. Aunque en caso de una emergencia que ponga en riesgo mi vida y que no tenga capacidad de decidir por mí mismo, los médicos son quienes harán los esfuerzos que consideren necesarios y suficientes para preservar mi integridad física o mi vida.

Nombre y firma del paciente (o en su caso, Nombre del Padre o Tutor)

[redacted]

Testigo: [redacted]

Testigo: [redacted]

Monterrey, Nuevo León 14 de marzo del 2024

Domicilio unidad: CALLE NUEVO MÉXICO S/N CRUZ CON AVENIDA FIDEL VELAZQUEZ

Teléfono [redacted]