

# CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

**Nombre del Doctor**  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
Dirección

El presente documento se emite de conformidad y en cumplimiento con las pautas establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y a la Carta de los Derechos del Paciente. Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81.

Yo, \_\_\_\_\_ *(nombre completo del otorgante)* en calidad de *(paciente / tutor / representante legal)* *(en caso de tutor o rep legal anotar A FAVOR Y BENEFICIO DE: nombre del paciente)* libremente y en pleno uso de mis facultades sin que se ejerza presión y/o manipulación a mi persona e intereses, estoy de acuerdo y **autorizo al Dr.** \_\_\_\_\_ para realizar el procedimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Hago saber que el **Dr.** \_\_\_\_\_ se ha tomado el tiempo suficiente para atenderme y dialogar conmigo y me ha explicado plena y claramente en un lenguaje coloquial mi condición actual. Ha contestado oportunamente mis preguntas y ha dado respuesta a mis inquietudes. De la misma manera me ha comentado los beneficios que se pueden obtener con el procedimiento sugerido y autorizado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Se me ha explicado y entiendo plena y claramente que también existen riesgos propios del procedimiento a realizarse y de mi condición que se pueden presentar durante y/o en el proceso de recuperación, como lo son por ejemplo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y que no son  
infringidos intencionalmente por el **Dr.** \_\_\_\_\_ ni por su personal de apoyo.

De la misma manera autorizo al médico y a su equipo de apoyo para actuar bajo su capacidad y prudencia en respuesta a las contingencias y urgencias que se puedan

presentar en mi persona y a mi beneficio, derivadas de este mismo acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Se me ha informado que mis derechos en México como paciente me dan la libertad de decidir libremente sobre mi atención y mi salud permitiéndome autorizar dicho evento. Se me ha informado también que estoy en mi pleno derecho también de no otorgar el consentimiento al acto mencionado si así lo considero.

Firmo y **AUTORIZO** libre y decididamente en mediación de mis intereses, estando en pleno uso de mis facultades y sin que se ejerza presión, manipulación alguna sobre mi la presente Carta de Consentimiento Bajo Información emitida a favor del Dr. Tony Saunders y me reservo el derecho a revocar este consentimiento siempre y cuando no se haya iniciado el procedimiento aquí autorizado, siendo el día \_\_\_\_\_ (fecha) en la ciudad de \_\_\_\_\_ (ciudad).

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente / tutor / representante legal.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Doctor**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma de Familiar responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma Testigo del Médico**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma Testigo del Médico**

## **NORMA OFICIAL MEXICANA 004 SSA3 2012**

### **10.1** Cartas de consentimiento informado.

#### **10.1.1** Deberán contener como mínimo:

**10.1.1.1** Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

**10.1.1.2** Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

**10.1.1.3** Título del documento;

**10.1.1.4** Lugar y fecha en que se emite;

**10.1.1.5** Acto autorizado;

**10.1.1.6** Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

**10.1.1.7** Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del

acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

**10.1.1.8** Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

**10.1.1.9** Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

**10.1.1.10** Nombre completo y firma de dos testigos.

#### **10.1.2** Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:

**10.1.2.1** Ingreso hospitalario;

**10.1.2.2** Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.2.3** Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

**10.1.2.4** Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.2.5** Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

**10.1.2.6** Investigación clínica en seres humanos;

**10.1.2.7** Necropsia hospitalaria;

**10.1.2.8** Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;

**10.1.2.9** Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

**10.1.3** El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

**10.1.4** En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.