



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS ANESTESICOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: _____ .A _____ DE _____ DE _____

Con la presente, el suscrito _____ en mi calidad de paciente, declaro en forma libre y voluntaria lo siguiente: Que doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para la realización del acto médico denominado _____, que consistirá esencialmente en _____

dado que los médicos anesthesiólogos tratantes han hecho de mi conocimiento y explicado de manera clara, precisa y oportuna todos y cada uno de los riesgos, complicaciones y beneficios que en consecuencia se pueden derivar a corto, mediano y largo plazo, los cuales entre otros, son:

- De shock anafiláctico, Para cardio-respiratorio, Infecciosos, De contagio por emergencia sanitaria, De daño nervioso central o periférico, De Muerte-

Complicaciones:

Beneficios esperados:

Asimismo, comprendo y soy consciente que “NO EXISTEN GARANTÍAS ABSOLUTAS” de los resultados del acto autorizado, dado que es un hecho conocido por mí, que la ciencia médica no es exacta, por lo que en caso de presentarse alguna contingencia y/o urgencia que ponga en riesgo la salud y/o integridad física de la suscrita paciente, autorizo y otorgo pleno consentimiento al médico Anestesiólogo para que realice todas las acciones que estime pertinentes atendiendo al principio de libertad prescriptiva, en el entendido de que las medidas que se tomen siempre serán tanto para salvaguardar y estabilizar mi salud y mi vida.

HORA DE LA FIRMA DEL PACIENTE: _____

Nombre completo:

Firma: _____

Nombre completo:

Firma: _____

Médico que proporciona la información y recaba el presente consentimiento:

Nombre completo:

Firma: _____

TESTIGOS

Nombre completo: _____

Nombre completo: _____

Firma: _____

Firma: _____