

Ciudad de México, a _____ del mes de _____ de 20 _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Particular Hospitalizado Aseguradora Cuál: _____

Edad: _____ Con domicilio en: _____

Médico Tratante: _____ Diagnóstico inicial: _____

Nombre del representante legal, familiar o allegado: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Para que exclusivamente reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico. Y en tales condiciones.

DECLARO

Que el Médico (Endoscopista): _____
me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a que se me realice el
procedimiento: _____

Todo acto Médico diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o endoscópico, lleva implícito una serie de complicaciones mayores o menores a veces potencialmente serias, que incluyen cierto riesgo de mortalidad y que pueden requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos, que aumenten su estancia hospitalaria. Dichas complicaciones, unas veces son derivadas directamente de la propia técnica, pero otras dependerán del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utilización de los equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir en el procedimiento mencionado se encuentran: _____

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSIENTO

En que se realice _____. Me reservo expresamente el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

Se me informa y acepto, que debido a las fallas técnicas que pudieran existir, no se hacen responsables en la grabación de la USB.

Nombre y firma del Médico Endoscopista

Nombre y firma del Paciente

Nombre y firma del Testigo (1)

Nombre y firma del Testigo (2)