

Ciudad de México, a 4 del mes de Mayo de 20 20

Nombre del Paciente: Pedro Hernández Paz

Edad: 70 años

Fecha de nacimiento: 21-08-1950

Nombre del representante legal, familiar o allegado: \* María Hernández Gutierrez

Edad: 40 años

Domicilio: Berlin 24, colonia Juárez, Cuauhtemoc

CP 06600 CDMX

**\* Nombre del responsable que acompañará al paciente al procedimiento**

**MANIFIESTA EL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

**SU CONSENTIMIENTO:**


Se me ha informado por el Médico Anestesiólogo: \_\_\_\_\_  
en lenguaje claro y sencillo, respecto a los procedimientos de Anestesia y sus colaterales. Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a que se me realice el procedimiento anestésico: \_\_\_\_\_. Él me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida y que después de la explicación detallada de todo lo antes mencionado y haberseme dado oportunidad de hacer preguntas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la aplicación de la técnica de anestesia necesaria y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones **CONSIENTO** que se me administre **ANESTESIA GENERAL y/o SEDACIÓN**.

Declaro estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

**DENEGACIÓN O REVOCACIÓN**

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Pedro Hernández Paz 

Nombre y Firma del Paciente,  
Tutor o Representante

Nombre y Firma del Médico  
Anestesiólogo

María Hernández Gutierrez 

Nombre y Firma del Testigo 1

Nombre y Firma del Testigo 2