



Consentimiento de Procedimiento Invasivo

Cancún, Quintana Roo a _____ siendo las _____.

Nombre del Paciente: _____ de ____ de edad.

Con domicilio/hospedaje en:

Declaro:

Que el Dr.(a) _____ me ha explicado que mi diagnóstico es:

- 1.
- 2.
- 3.

Siendo conveniente me (le) realicen el procedimiento que a continuación se señalan:

- 1.
- 2.
- 3.

Este procedimiento no garantiza totalmente los resultados esperados. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté

RIESGOS: Entiendo que como en toda intervención y/o procedimiento médico y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, inflamación seromas, granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), hematomas, cambios en la sensibilidad de la piel, cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión, infecciones con posible evolución febril, reacciones alérgicas, eventración (hernias en la cicatriz), trombo embolismo pulmonar e incluso de mortalidad,

Los riesgos específicos que usted tiene son: _____

ALTERNATIVAS: En particular manifiesto que mi médico tratante me ha informado las variantes técnicas quirúrgicas o de manejo, que en mi caso puede ser utilizadas por lo que acepto la propuesta arriba mencionada. También al respecto de los beneficios esperados y de los riesgos del procedimiento en cuestión, así como los riesgos correlativos a mí (su) caso, de aceptar el procedimiento o cirugía propuesta, me ha explicado el riesgo que implica de no aceptar el tratamiento propuesto, por lo que, conocedor del contenido y alcance legal de este documento, bajo protesta de decir verdad de que he sido satisfactoriamente informado, por lo que autorizo al personal de **DocTour** para que lleve a cabo el plan propuesto y/o procedimiento quirúrgico.

Las alternativas específicas que Usted tiene son: _____

De igual forma autorizo al personal de este hospital para que lleve a cabo los procedimiento médico-quirúrgicos, de diagnóstico o terapéuticos necesarios de acuerdo a mis (sus) condiciones de salud, así como la aplicación de las medidas que se requieran por alguna situación no sospechada de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: _____

-

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos, que pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece.

También puede hacer falta tomar imágenes clínicas, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

De igual forma autorizo al personal de **DocTour** para que lleve a cabo los procedimientos médico-quirúrgicos, de diagnóstico o terapéuticos necesarios de acuerdo a mis (su) condiciones de salud, así como la aplicación de las medidas que se requieran por alguna situación no sospechada de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Nombre y firma del médico
Dr.(a) _____ DGP - _____

Nombre y firma del paciente, Familiar
o Representante legal

Nombre y firma del Testigo (1)

Nombre y firma del Testigo (2)