



**CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA  
MEDICINA GENERAL  
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO**

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales me identifico con: \_\_\_\_\_ autorizo al Médico \_\_\_\_\_ a ser mi médico tratante, a su equipo de trabajo y al personal de la institución para estar a su vigilancia y tratamiento médico, habiéndome informado que debido a mi procedimiento denominado como: \_\_\_\_\_ debo someterme a tratamiento médico, estudios paraclínicos (laboratorios, imagenología u otros), así como a exploraciones físicas que sean necesarias para integrar un diagnóstico y un tratamiento integral, para estos efectos he informado que padezco alergia a: \_\_\_\_\_ y que los medicamentos ministrados pueden causar reacciones anafilácticas no esperadas.

Acepto que se practiquen las maniobras de exploración que fuesen necesarias aunque estas causen molestia alguna o dolor. Acepto de la misma manera las maniobras requeridas para permitir la administración requerida de medicamentos y toma de muestras para estudios paraclínicos.

El tratamiento médico al que me someto tiene la única finalidad de procurar mi salud. Estoy consciente que mi recuperación puede ser parcial o total; de manera paulatina o rápida; que los procesos patológicos pueden sufrir cambios y complicaciones; que pueden ser causantes de muerte; que en mayor grado de complejidad mas se complica la recuperación.

Autorizo a mi médico tratante a solicitar inter-consulta a otros especialistas cuando se requiera y autorizo de misma manera exploraciones físicas, estudios paraclínicos y los tratamientos establecidos por ellos.

En caso de que el tratamiento médico deba combinarse con un tratamiento quirúrgico o con pruebas diagnósticas intervencionistas deberé ser informado previamente para poder decidir y aceptar el tratamiento propuesto mediante la firma de un documento de consentimiento.

En caso de que mi paciente sea menor de edad o padezca de sus facultades mentales, los padres o tutor responsable, autorizan el acto médico pertinente.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE