



CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA

MEDICINA GENERAL

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a _____

Nombre _____ Edad: _____

Identificación: _____ Expediente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Autorizo al médico: _____ quien ha manifestado la necesidad de que se practique una intervención quirúrgica denominado como: _____.

He informado que padezco alergia a: _____.

Estoy consciente de los riesgos y consecuencias inherentes de la cirugía a la que me someteré; y que durante la misma puede ser necesaria la aplicación de medicamentos, procedimientos anestésicos que produzcan reacciones anafilácticas; y que existe el riesgo de que otros órganos sean afectados por la cirugía.

Estoy consciente que en tratamiento quirúrgico, la aplicación de medicamentos, procedimientos anestésicos y sustancias anestésicas pueden generar reacciones adversas leves, graves o fatales.

Estoy consciente que el tratamiento quirúrgico, al que me someto tiene la única finalidad de procurar mi salud y que mi medico tratante seleccionara personal académica, profesional y moralmente calificado para esta práctica.

Estoy consciente que la intervención quirúrgica dejara una cicatriz en alguna parte de mi cuerpo y que este puede desarrollar una cicatriz "queloide".

Manifiesto que he sido informado ampliamente acerca de este procedimiento que se me practicara y autorizo también a los colaboradores que el médico designe para que intervengan profesionalmente durante mi procedimiento en las actividades en las cuales son especialistas.

Por lo anterior otorgo mi consentimiento para que se me practique el procedimiento medico programado así como las acciones medicas necesarias durante el mismo, cuyo fin sea mejorar mi salud.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE