

**Carta de Consentimiento Bajo Información  
General y para Hospitalización**

**General and Hospitalization Consent Letter**

Lugar y Fecha / Place and Date			
Nombre del paciente / Name of the Patient			Edad/Age
No. De Expediente / File Number:		Fecha de Nacimiento / Date of Birth	
Identificado con / Identified By:			
Nombre del Acompañante Responsables / Name of the Companion Responsible:			<input type="checkbox"/> No Aplica / NA
Identificado con / Identified By:	Parentesco / Relationship		
Representante Legal / Legal Representative:			<input type="checkbox"/> No Aplica / NA
Identificado con / Identified By:			

**Español**

**English**

Manifiesto que el médico ha respondido a cada una de las preguntas que le he planteado y me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara el plan de manejo propuesto que consiste en:

I state that the physician has responded to each one of the questions that I have brought up and the proposed management plan has been explained to me in simple language and in a clear way, which consists of:

Con objeto de (beneficios)

With the objective of (benefits)

También me informó que todo acto médico de diagnóstico y/o terapéutico, lleva implícito posibles riesgos de complicaciones mayores o menores que podrían aumentar la estancia intrahospitalaria, así como requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos.

I was also informed of the complete medical and/or therapeutic diagnosis, which carries implicit risks of major and minor complications that could increase the hospital stay, and also require complete medical or surgical treatment.

Las complicaciones más frecuentes que pueden surgir son:

The most common complications that can happen are:

Se me ha explicado además que la literatura médica puede contemplar algunas complicaciones médicas que por su baja probabilidad no fueron expuestas en el presente documento

It has also been explained to me that the medical literature can contemplate some medical complications that due to their low probability were not exposed in this document

Otras posibles alternativas:

Other possible alternatives:

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado y el médico que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado, así mismo autorizo al personal de salud de esta institución para tomar las medidas terapéuticas necesarias en caso de presentarse una situación de urgencia.

I declare that I have understood the explanations that have been given to me and that my attending physician has completed all of the analyses and clarified all of my doubts, and also authorize the health personnel of the establishment to take the therapeutic measures necessary in the case that an emergency situation arises.

También comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

I also understand that at any moment and without any explanation, I can revoke the consent that I am currently giving.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos del tratamiento y/o procedimientos.

I state that I am satisfied with the information received and that I understand the complete range of risks from the treatment and/or procedures.

**Carta de Consentimiento Bajo Información  
General y para Hospitalización**

**General and Hospitalization Consent Letter**

Lugar y Fecha / Place and Date

Nombre del paciente / Name of the Patient

Edad/Age

No. De Expediente / File Number:

Fecha de Nacimiento / Date of Birth

**CONSENTIMIENTO**

Por lo antes descrito **ACEPTO** que se realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron propuestos y que me doy por enterado en mi declaración, así como la atención de contingencias y/o urgencias, todo esto se hace bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la NOM-004-SSA3- 2012, Del expediente clínico. Así como me reservo expresamente el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el y/o los procedimientos objeto de este documento sean una realidad.

Nombre y Firma del Médico  
Tratante Name and Signature of  
the Treating

Nombre y Firma del Familiar  
Name and Signature of the  
Family

**NEGACIÓN**

En caso de que el paciente, responsable o representante legal niegue el consentimiento:

**Niego** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que me fueron explicados y que me doy por enterado en mi declaración, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y al hospital una vez que me ha explicado los alcances clínicos del rechazo del acto mencionado y asumo las consecuencias de esta decisión.

Nombre y Firma del Médico Tratante  
Name and Signature of the Treating

Nombre y Firma del Familiar  
Name and Signature of the  
Family

**Centro de Excelencia Médica en altura**

La presente Carta será modificada de acuerdo con las Reformas de la Ley Correspondiente.

**CONSENT**

For which is described above, I **ACCEPT** the proposed diagnostic procedures and treatment that will be carried out and I am well-informed in my declaration, as well as the attention to accidents and/or emergencies, all of which are under the ethical principles and scientific medical practice, the aforementioned based upon the clinical record of NOM-004-SSA3-2012.

Due to this I expressly reserve the right to revoke my consent at any moment before the treatment and/or procedures within this document are carried out.

Nombre y Firma del Paciente  
Name and Signature of the Patient

Nombre y Firma del Testigo  
Name and Signature of the  
Witness

**DENIAL**

In the case that the patient, the person responsible, or the legal representative denies consent:

**I deny** the authorization to carry out the diagnostic procedures and treatment that were explained and that I am well-informed in my declaration, exempting the treating physician and hospital of all responsibilities once the clinical significance of the mentioned act has been explained to me and I assume the consequences of this decision.

Nombre y Firma del Paciente  
Name and Signature of the Patient

Nombre y Firma del Testigo  
Name and Signature of the Witness

**Medical Centre of Excellence**

This letter will be modified in accordance with the Corresponding Legal Reforms