

San Agustín Tlaxiaca, ____ mes ____ año ____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Yo _____, en pleno uso de mis facultades mentales solicito se me realice _____ (nombre del estudio) sin contar con solicitud médica, debido a; _____

1.- ¿Cuál es el nombre del médico que me indica este estudio?

2.- ¿Estoy embarazada? (sólo si es mujer)

Sí _____ No _____ No sé _____

3.- ¿Sabe cuál es la indicación por la cual le solicitan el estudio?

Estoy consciente de los riesgos y consecuencias inherentes al estudio que solicito se me realice, así mismo estoy consciente que dicho estudio puede generar daño biológico a mis tejidos (radiación ionizante), ondas de radiofrecuencia, campos magnéticos intensos, daño criogénico o eléctrico.

Manifiesto que he sido informado ampliamente acerca de este procedimiento que se me practicará y autorizo a los colaboradores que el médico designe para que intervengan profesionalmente durante la realización del estudio que solicito.

Por lo anterior otorgo mi consentimiento para se me realice el estudio que solicito así como las acciones médicas necesarias durante el mismo.

Firma y Nombre del solicitante

Firma del padre, tutor o representante legal

(En caso de menor de edad, personas con capacidades diferentes o aquellas que requieran apoyo).