



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA  
MEDICINA GENERAL  
CONSENTIMIENTO MÉDICO DE  
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

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

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo al médico: \_\_\_\_\_ quien ha manifestado la necesidad de que se me realice el procedimiento médico denominado como: \_\_\_\_\_.

He informado que padezco alergia a: \_\_\_\_\_.

He recibido la información de mi médico acerca de los riesgos y consecuencias inherentes del procedimiento al que someteré; y que durante el mismo puede ser necesaria la aplicación de medicamentos, procedimientos anestésicos que produzcan reacciones anafilácticas.

Estoy consciente que en dicho procedimiento puede ser necesaria la realización de tratamiento médico con aplicación de medicamentos, sustancias anestésicas y procedimientos quirúrgicos, que pueden generar reacciones adversas leves, graves o fatales.

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

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 médico programado así como las acciones médicas 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