

## Carta de Consentimiento Bajo Información para la Sujeción del Paciente

## To Secure the Patient 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:

- Sujeción del paciente a una cama
- Aislamiento temporal en habitación
- Otro:

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:

- Fastened to patient to a bed
- Temporary isolation of the patient in a room
- Other

Con objeto de (beneficios)

- Evitar Riesgo de lesiones a terceras personas
- Evitar Riesgo de lesiones a si mismo
- Evitar Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos (arranque de vías, sondas)
- Evitar daños físicos significativos en las instalaciones del servicio (mobiliario)
- Solicitud voluntaria.
- Otros:

With the objective of (benefits)

- Avoid Risk of injury to others
- Avoid Risk of injury to himself
- Avoid Risk of serious disruption of therapeutic processes (disconnect IV lines, catheters, etc.)
- Avoid significant physical damage to service facilities (furniture)
- Voluntary request.
- Others:

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: Hematomas, lesiones autoinflingidas por las amarras como lo son lesiones de plexos nerviosos, Lesiones al forzar la inmovilización (fracturas, luxaciones), Broncoaspiración, Lesiones isquémicas, aumento del riesgo de infección (en inmovilizaciones prolongadas), agitación, asfisia autoinflingida por las amarras, muerte en situaciones extremas

The most common complications that can happen are: Bruising, self-inflicted by the ties as well as lesions of nerve plexus, injuries forcing immobilization (fractures, dislocations), broncoaspiration, ischemic lesions, increased risk of infection (prolonged immobilisation), agitation, self-inflicted asphyxiation with the ties, death injury in extreme situations

Otras posibles alternativas (describa las razones por las cuales no se recomienda de ser el caso):

Other possible alternatives (describe the reasons why it is not recommended if applicable):

Contención Verbal:

Verbal Contention:

Contención Farmacológica:

Pharmacological Contention:

Distracción con una Actividad:

Distraction with activity:

Apoyo de la Familia permanente:

Permanent Family support:

Otro:

Other

**Carta de Consentimiento Bajo Información  
para la Sujeción del Paciente**

**To Secure the Patient 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 since 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.