



# AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA OPERACIÓN O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS O TERAPÉUTICOS ESPECIALES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. El médico a cargo es \_\_\_\_\_
2. El médico mencionado anteriormente ha recomendado que el paciente se someta al siguiente procedimiento:

Al dar su autorización y consentimiento, se le harán al paciente los procedimientos, junto con cualquier otro procedimiento, que, en la opinión del médico, sea necesario debido a una urgencia. El médico mencionado anteriormente llevará a cabo los procedimientos junto con sus colegas y asistentes. (O, en caso que este médico no pueda hacer o llevar a cabo dicho procedimiento, un médico suplente capacitado lo efectuará.)

3. Estos procedimientos pueden conllevar riesgos de resultados ineficaces, complicaciones, lesión o incluso la muerte debido a causas desconocidas o imprevistas, y no se garantizan el resultado ni la curación. Usted tiene derecho de ser informado de tales riesgos, así como de la naturaleza de los procedimientos, las ventajas y efectos previstos de los procedimientos, y los métodos de tratamiento alternativos a su disposición y de sus riesgos y ventajas. También tiene derecho a ser informado si el médico tiene algún interés económico o de investigación médica independiente relacionado con la realización de los procedimientos propuestos. Excepto en casos de urgencia, los procedimientos no se llevan a cabo hasta que usted haya tenido la oportunidad de recibir esta información y de que haya dado su consentimiento.

4. Al firmar este documento, usted autoriza que el médico deseche o utilice a su discreción cualquier parte del cuerpo, órgano u otro tejido extirpado durante los procedimientos descritos anteriormente.

5. Para estar seguros de que usted entiende completamente los procedimientos, el médico se los explicará detalladamente antes de que usted decida si dará o no su consentimiento. Le recomendamos y esperamos que haga cualquier pregunta que tenga.

6. Su firma en este documento indica que:

- a) Usted ha leído y entiende la información expuesta en este documento
- b) El médico le ha explicado detalladamente los procedimientos descritos anteriormente
- c) Usted tuvo la oportunidad de hacer preguntas
- d) Usted ha recibido toda la información que desea acerca de los procedimientos
- e) Usted autoriza y da su consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos

\_\_\_\_\_  
Paciente, padre, madre o tutor legal      Fecha      \_\_\_\_\_ mañana o noche  
Hora

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo      Fecha      \_\_\_\_\_ mañana o noche  
Hora