

	FORMATO	CÓDIGO:	FT-AH-004
	AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA (CONSENTIMIENTO INFORMADO)	VERSIÓN:	8
		FECHA EMISIÓN:	01/09/2021 dd/mm/aaaa

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, o procedimientos especiales

Fecha: _____ Historia Clínica No. _____

En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor (a): _____ y a los asistentes de su elección, para realizar en mi o en (la) paciente _____ la siguiente intervención o procedimiento especial _____

Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.

Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y/o medios de contraste. Tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes los juzgan necesarios.

Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histopatológicos.

Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución.

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión. Después del examen clínico practicado por el **Médico tratante** y los exámenes pertinentes, se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como complicaciones y riesgos que puedan producirse en particular: _____

La Clínica de Marly dentro de la fase de la pandemia de COVID 19 ha trabajado en la creación y cumplimiento estricto de los protocolos de atención y equipos de protección durante la atención de pacientes. Pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad existe una probabilidad baja aun cuando existente de contagiarse con COVID 19, durante su atención en salud en cualquier institución que preste servicios de atención sanitaria. Cabe señalar que a pesar de las pruebas que se le hayan realizado previamente y que no tenga síntomas, usted tiene la posibilidad de ser portador asintomático de la enfermedad antes de la cirugía o en el periodo postoperatorio puede presentarla; los riesgos asociados a la exposición de COVID-19 son: muerte, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatías, eventos tromبóticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionados con el COVID-19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones perioperatorias. y los siguientes beneficios: _____

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas. Consideramos que el (la) paciente, pariente/tutor comprenden lo que hemos explicado.

Nombre del paciente o persona responsable*
*Parentesco :

Firma
No.de identificación:

Testigo*
*Parentesco :

Firma
No.de identificación:

Nombre del Médico

Firma
No.de identificación:

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.